ADAPTARE ȘI INTEGRARE IN MEDIUL INDUSTRIAL

A IV-A SESIUNE ȘTIINȚIFICA
DIN CICLUL SANATATE MINTALA
ȘI PSIHIATRIE SOCIALA

SPITALUL CLINIC „SOCOLA“ IAȘI

14 — 15 OCTOMBRIE 1977

Scanned with OKEN Scanner

BIBLIOTECA PERSONALA
Nr.
Dr. medic Postelnicu
31 DEC 1978

INVENTARIERE
Dr. C. POSTELNICU
21/10.2001
s-a intocmit fost de evidente
[illegible]

Scanned with OKEN Scanner

BIBLIOTECA PERSONALA
Nr.
Dr. medic Panaitescu C.

Scanned with OKEN Scanner

ADAPTARE ŞI INTEGRARE IN MEDIUL INDUSTRIAL

A IV-A
SESIUNE ŞTIINŢIFICĂ
DIN CICLUL
SANATATE MINTALA
ŞI PSIHIATRIE SOCIALA

SPITALUL CLINIC „SOCOLA“ IAŞI

14 — 15 OCTOMBRIE 1977

MODERATORI PE AUDITORII

Auditoriul I : prof. dr. doc. V. PREDESCU, director adjunct Institutul de neurologie și psihiatrie — București ;
dr. doc. B. BARHARD, director adjunct al Institutului de igienă și sănătate publică — București.

Auditoriul II : prof. dr. AURELIA SÎRBU, Clinica de psihiatrie Cluj-Napoca ;
prof. dr. doc. GH. ZAMFIR, director Institutul de igienă și sănătate publică — Filiala Iași.

Auditoriul III : prof. dr. I. SUCIU, Clinica de medicina muncii Cluj-Napoca.
dr. doc. V. SĂHLEANU, director Laboratorul de antropologie, Institutul „V. Babeș" — București.

Reprezentant al Ministerului Sănătății : prof. dr. doc. V. PREDESCU.

Reprezentant al Biroului regional O.M.S. pentru Europa : J. U. HANNIBAL.

Coordonator științific :
Profesor dr. **PETRE BRANZEI** — Directorul Spitalului de psihiatrie „Socola" Iași

Prezentarea grafică : ILIE BARAN, DUMITRU ZAHARIA

Scanned with OKEN Scanner

Dr. medic Postelnicu S.

SUMAR

Pag.

Deschiderea sesiunii 7
Opening sesion 9
Dinamică epidemiologică și previziune profilactică în apărarea sănătății mintale, PETRE BRÂNZEI — (Iași) 13
RELAȚIA OM—MEDIU INDUSTRIAL. FACTORII POLUANȚI ȘI PROTECȚIA MUNCII 23
Cercetări în problema adaptabilității la muncă în schimburi din sectoarele automatizate, B. BARHAD, MARIA PAFNOTE, LIA ZOTOVICI, V. LISOVSCHI, IULIANA VAIDA, RUXANDRA BABETEANU, DESPINA MARINESCU, M. CRISTESCU, G. POPESCU — (București) 23
Aspecte de epidemiologie psihiatrică în mediul industrial textil, V. PREDESCU, ANGELA PRICA, ȘT. NICA—UDANGIU, G. MEIU, ILEANA POPOVICI, O. HANGANU, A. NEDELCU, A. ALOMAN — (București) . . 27
Sfera și conținutul noțiunii de ergonomie corectivă în industria bumbacului, P. BRÂNZEI, V. PARASCHIV, M. ȘELARU, MARIANA PARASCHIV, N. COSMOVICI, MARIA COSMOVICI — (Iași) 30
Psihiatrie și ergonomie, AL. OLARU, I. BALAN — (Craiova) 33
Oboseala industrială, fenomen adaptativ socio-profesional, M. ȘELARU, V. PARASCHIV, N. COSMOVICI, C. POSTELNICU — (Iași) 35
Relația potențial predispozant și afecțiuni nevrotice la lucrătorii din subteran, VALERIA SAVU, A. BORCEA, ANTOANETA ȘERBAN, IULIA MANOLESCU — (București) 39
Aspecte sociologice ale profilaxiei invalidității la lucrătorii din subteran, IONESCU ELENA, FĂNICĂ STĂNILOIU — (București) 41
Solicitări psihice dominante în industria bumbacului, P. BRÂNZEI, V. PARASCHIV, MARIANA PARASCHIV, M. ȘELARU, N. COSMOVICI — (Iași) . . 42
Reglementări ale activității psihiatriace în cadrul societății contemporane. Contribuții privind statutul actual al bolnavului psihic, C. POSTELNICU, AL. AVASILCĂI — (Iași) 44
Relația dintre morbiditatea indusă de expunerea cronică la sulfura de carbon și unele tulburări psihice, GEORGETA MIHAIL, DOINA POPA. MOCANU D., VICTORIA RĂILEANU, LUCREȚIA NESTOR 48
Construcție sistemică ergonomică în sistemul generic „Om—Mașină—Mediu", P. BRÂNZEI, V. PARASCHIV, L. POROCH, N COSMOVICI, M. ȘELARU, MARIANA PARASCHIV — (Iași) 49
Progresul tehnic și calitatea vieții, I. DOROFTE, D. ILIESCU — (Iași) . . . 52
Metode ergonomice de recuperare și protejare a situațiilor de risc și eșec adaptiv socio-profesional uzinal, P. BRÂNZEI, V. PARASCHIV, M. ȘELARU, N. COSMOVICI, FR. DAMATIRCA, MARIANA PARASCHIV — (Iași) . 54
Elemente ergologice în componenta demersului explorativ vizînd optimizarea activității L.S.M., R. N. PRIBOI, I. MANEA, ALEXANDRINA MIHALACHE — (Galați) 59
Adaptarea la solicitările muncii industriale impuse de cadență, de efortul fizic și evaluarea retribuirii, C. RAUCHER, D. SIMIONESCU, VIOLA SZABO — (Cluj-Napoca) 60
Selecția profesională ca factor de adaptare la munca industrială (Confecții), D. SIMIONESCU, C. RAUCHER — (Cluj-Napoca) 62
Implicațiile psihologice ale intoxicației cu plumb, MARIANA BOBIS, I. SUCIU, SILVIA GABOR — (Cluj-Napoca) 64
Păstrarea relațiilor complexe biocenotice — factor de echilibru în condițiile actuale ale industrializării (notă cu referire la zonele de nord ale Moldovei), ELENA KOCH — (C. Lung Mold.) 65
Reacții subiective la acțiunea factorilor fizici de microclimat productiv, M. ȘELARU — (Iași) 67
Profilaxia dependenței alcoolice la salariații dintr-o întreprindere de prelucrare a băuturilor alcoolice, G. ZICHIL, GABRIELA MARINESCU, V. CHIRIȚĂ, ELENA POPOVICI — (Bacău) 72
Sarcinile și răspunderile medicului psihiatru în cointeresarea cadrelor instituționale pentru prevenirea îmbolnăvirilor psihice la întreprinderile de transport în comun, V. CHIRIȚĂ, C. CHIRIȚĂ — (Bacău) 72
Probleme ale adaptării în cadrul unor activități specifice muncitorilor din transporturi, IOANA MARIA GEORGESCU, I. HURJUI, GH. CREȚEANU, — (Iași) 73
Rolul laboratorului de sănătate mintală în promovarea și apărarea sănătății mintale evidențiat prin colaborarea cu dispensarul medical al întreprinderii de confecții Bacău, A. DUMITRESCU, I. TURCU, ANGELA AFLOAREI, ADRIANA NEGHIUC, ELENA PURCARU, LUCIA KISLAPOSI — (Bacău) 74
Adaptarea țesătoarelor la munca în schimburi alternante după sistemul 3 × 8 cu alternare săptămînală, GR. STAVRI, I. SILION, LIDIA ANTONIUC, AL. CĂLUGĂR, ȘTEFANIA DIMOFTE — (Iași) 75
Economie și sănătate, G. MEDRIHAN, I. DOROFTE — (Iași) 77

Scanned with OKEN Scanner

Aspecte ale oboselii în munca din industria automatizată, LIA ZOTOVICI, M. CRISTESCU, RODICA MATEESCU, G. POPESCU, V. LISOVSCHI, RUXANDRA BRABETEANU, DESPINA MARINESCU, RUXANDRA BRĂNESCU — (București) 79

Stabilirea dimensiunilor antropometrice pentru deservirea optimă a operației „Filat la mașina cu inele", V. PARASCHIV, LILICA CONACHE—ALEXOAIE, CORNELIA CREȚU — (Iași) 82

Aspecte ale adaptării organismului la solicitările profesionale într-o uzină metalurgică, MOCANU D., MIHĂILĂ D., ANA ZLĂVOG, VICTORIA RĂILEANU, LUCREȚIA NESTOR, ALEXANDRESCU C., — (Iași) . . 83

Comentariu asupra necesității combaterii și depășirii hospitalismului de pe poziția conceptului bio-psiho-social în psihiatria contemporană, M. BALTARU, GR. BALANOVSCHI, SOFIA DUDEANU, MARIA CUTU — (Iași) 84

Optimizarea sistemului om—mașină prin facilitarea muncii executantului la operația de pregătire a partizilor la rampele de control țesături crude, CORNELIA CREȚU, LAURA HAMCIUC, VERONICA BULAI, V. PARASCHIV, V. VASILIU — (Iași) 85

Utilizarea E.E.G. în procesul de selecționare pentru unele profesiuni în industrie, C. CHELEMEN, C. POSTELNICU — (Iași) 86

Considerațiuni asupra unor aspecte de ergoftalmologie în relația om—mediu industrial, E. HARNAGEA — (Bîrlad) 88

Influența instruirii militare în perspectiva relațiilor om-mediu productiv, P. BUZATOV, C. CHELEMEN, C. POSTELNICU — (Iași) 91

Considerații asupra incidenței sindromului nevrotic la angajații unei unități a cooperației meșteșugărești, T. P. FRIEDMAN — (Tîrnăveni) 92

Probleme de adaptare în Școala profesională specială pentru oligofreni, băieți — Suceava, SILVIA ANDRINHOVSCHI, ȘTEFANIA BICU, V. POP, ELENA GHEBAN — (Suceava) 93

PARTICULARITĂȚILE MUNCII ȘI SĂNĂTATEA PSIHOSOMATICĂ . . 95

Psihoprofilaxia tulburărilor de adaptare profesională, AURELIA SÎRBU, ELISABETA CHIRTOC — (Cluj-Napoca) 95

Particularitățile asistenței psihiatrice în dezadaptarea profesională, T. PIROZYNSKI, MIARKA PIROZYNSKI, H. GOTTLIEB — (Iași) 97

Sindromul de suprasolicitare, efect multifactorial al mediului de viață și de muncă, G. MIHAIL, D. MOCANU, D. MIHĂILĂ, G. BĂLĂCEANU, V. RĂILEANU, L. NISTOR, C. ALEXANDRESCU — (Iași) 98

Considerații cu privire la sindroamele nevrotiforme pe fond discrin, M. ȘELARU, GENOVEVA NIȚĂ—SIMA — (Iași) 100

Contribuții socio-psihiatrice asupra pensionărilor pentru cauze medicale, C. POSTELNICU, A. SOCOL — (Iași) 109

Considerații asupra morbidității prin boli neuro-psihice în sectorul industrial Roman, LARISA SCHUSTER, CLEOPATRA ANDRIEȘ — (Roman) 111

Incidența tulburărilor nevrotice la bolnavii proveniți din mediul industrial, internați în secția de nevroze adulți Timișul de jos a Spitalului de Neuropsihiatrie Brașov între anii 1974—1976, N. VLAD, D. CĂRĂUȘU, ADRIANA VERESS — (Brașov) 112

Aspecte privind reabilitatea și recuperarea bolnavului silicotic, B. FRĂȚIANU, A. AVASILCĂI, C. POSTELNICU, T. MIHOVAN — (C. Lung Mold.) . 114

Aspecte ale incapacității temporare de muncă determinate de bolile neuropsihice în unele întreprinderi din industria ușoară, GEORGETA MIHAIL, D. MIHĂILĂ, FL. ILIESCU, ELENA TEODORESCU — (Iași) 116

Aspecte ale invalidității determinate de boli neuropsihice în industria textilă, ELENA TEODORESCU, I. BRÎNZĂ — Iași) 117

Aspecte ergonomice în profilaxia oboselii și tulburărilor psihice într-o întreprindere chimică — secția C.T.C., EMILIA LUPAȘCU—CARLESCU (Iași) 120

Incidența și particularitățile afecțiunilor nevrotice la lucrătorii din subteran, A. BORCEA, VALERIA SAVU, GALINA RĂDULEANU, B. POPESCU — (București) 122

Asistența psihiatrică în corelație cu dinamica realităților de sănătate mintală ale societății contemporane, P. BRÂNZEI, C. POSTELNICU, M. ȘELARU — (Iași) 123

Aspecte asupra morbidității cu incapacitate de muncă prin boli psihice într-o unitate din industria de confecții, CARMEN MILLER, C. POSTELNICU — (Vaslui) 126

Considerații și aspecte privind alcoolismul la angajații din exploatările forestiere, V. CARPIUC, AL. AVASILCĂI, C. POSTELNICU — (C. Lung Mold.) . 127

Considerații cu privire la sindroamele nevrotiforme în context viscero-umoral, M. ȘELARU, M. NIȚĂ — (Iași) 128

Implicații ale recrutării forței de muncă în raport de particularitățile muncii și starea sănătății psihosomatice la angajare, V. CARPIUC, V. POSA, AL. AVASILCĂI, C. POSTELNICU — (C. Lung Mold.) 138

Considerații asupra unor factori sociali în etiologia tulburărilor nevrotice și a accidentelor de muncă, AL. OLARU, I. BALAN — (Craiova) . . . 139

Scanned with OKEN Scanner

Particularități psihosomatice și implicații sociale la un lot de femei cu nevroze dintr-o întreprindere textilă, FANICA MANOIU, ECATERINA NEGREA, VIOLETA MICU — (București) 145
Solicitarea psihică și adaptarea la Fabrica de tricotaje „Someșul" din Cluj-Napoca, EUGENIA SIMULESCU, V. BOHACIU — (Cluj-Napoca) 147
Studiu privind organizarea ergonomică a locului de muncă „apretat", LAURA HAMCIUC, A. STAN, L. POROCH, V. VASILIU — (Iași) 149
Aspecte privind corelația dintre morbiditatea nevrotică și suferințele coloanei vertebrale în interrelația adaptare și integrare în munci industriale, C. CHELEMEN, V. PETRESCU, AL. AVASILCĂI — (Iași) 150
Analiza din punct de vedere psiho-social și organizatoric a activității controloarelor de calitate de la I.I.S. Țesătura — Iași, A. STAN, V. PARASCHIV, L. POROCH. LILICA CONACHE — (Iași) 152
Observații asupra prevenirii oboselii și fenomenelor de inadaptare în industria de prelucrare a lemnului, EMILIA LUPAȘCU CĂRLESCU — (Iași) . . 153
Contribuții asupra conceptului ecologic al raporturilor dintre organism și mediu, ELENA KOCH, AL. AVASILCĂI — (C. Lung Mold.) 154
Procesul de muncă și sistemul ergonomic, L. POROCH, V. PARASCHIV, MARIANA PARASCHIV, M. ȘELARU, N. COSMOVICI — (Iași) 156
Manifestări nevrotiforme în cervicartroză, M. ȘELARU — (Iași) 158
Studiul unor factori implicați în adaptarea femeii la munca în industria de confecții, RODICA MATEESCU, RUXANDRA BRĂNESCU, DESPINA MARINESCU, RUXANDRA BRABETEANU — (București) 160
Interferențe bioritm — neuroză — adaptare socio-profesională, DOINA COSMAN, CARMEN IONUȚ, RODICA MACREA — (Cluj-Napoca) 161
Adaptarea și industrializarea, factori de bază în apariția și evoluția bolilor gastro-intestinale la muncitorii din Combinatul de prelucrarea lemnului din Suceava, AL. C. PAVEL — (Suceava) 163
Considerațiuni cu privire la rolul anamnezei psihiatrice multifactoriale în diagnosticul diferențial al psihonevrozelor, M. BALTARU, G. BALANOVSCHI, SOFIA DUDEANU, RODICA IFTIMIE, MARIA GORUN — (Iași) . . . 164
Epilepsia larvată, aspecte psiho-sociale și de activitate profesională, M. ȘELARU, FELICIA CHIRILENCO — (Iași) 165
Psihoza discordantă și capacitatea de integrare socio-profesională, M. STANCIU — (Iași) 169
Peisajoterapia ca factor sanogen în ansamblul măsurilor psihoprofilactice și de reabilitare a bolnavilor psihici, M. BALTARU, GR. BALANOVSCHI, C. CARMAZIN — (Iași) 170
Marginalii la problema pregătirii pentru muncă și viață a muncitorului industrial de mîine, S. BLUMENFELD, I. ALEXANDRESCU — (Iași) . . . 176
IMPLICAȚIILE STĂRILOR IDEO-AFECTIVE ȘI ALE RELAȚIILOR DE GRUP ÎN RAPORT CU SPECIFICUL MUNCII 179
Psihopatologia relației interpersonale în presenium și condiția profesională, T. PIROZYNSKI, MARIA POP, GH. TALĂU — (Iași) 179
Addicția la drog și satisfacția profesională, D. BACIU, AURELIA SÎRBU — (Cluj-Napoca) 180
Particularități de integrare a muncitorilor tineri într-o întreprindere electrotehnică, GEORGETA MIHAIL, GH. BĂLĂCEANU, FL. ILIESCU, D. MIHĂILĂ, DOINA POPA, ANA ZLAVOG — (Iași) 182
Individ și mediu industrial: Adaptare și risc psihopatologic, AL. OLARU, I. BALAN — (Craiova) 183
Personalitate, conștiință, activitate, M. ȘELARU — (Iași) 186
Aplicarea criteriului antropometric în selecția și orientarea profesională pentru unele locuri de muncă din industria textilă, GH. ȘTEFĂNESCU, AL. AVASILCĂI, CORNELIA CREȚU — (Iași) 191
Integrarea psihopatului în mediul industrial, BIZOI CONSTANȚA, L. ALEXANDRESCU, IRINA ALEXANDRESCU, C. PAVEL — (Drobeta Tr. Severin) 194
Reflectarea greșelilor de orientare și de opțiune profesională în psihopatologia adaptării studentului, O. IENISTEA — (București) 195
Unele aspecte subiective și obiective ale integrării profesionale a tinerelor țesătoare, L. POROCH, V. PARASCHIV, MARIANA PARASCHIV, M. ȘELARU, N. COSMOVICI — (Iași) 197
Rolul interrelațiilor de microgrup productiv în procesul de adaptare și integrare în mediul industrial, ANDRIEȘ CLEOPATRA — (Roman) 200
Interrelațiile de microgrup productiv, factor activ în sanogeneză, M. ȘELARU, V. PARASCHIV, N. COSMOVICI — (Iași) 201
Aspecte socio-culturale în rezolvarea situațiilor conflictuale cu implicații medico-judiciare, V. ARTENIE, A. AVASILCĂI, C. POSTELNICU — (C. Lung Mold.) 203
Considerații privind reactivitatea motorie în corelație cu activitatea industrială, NICULINA FINTANA, M. SESERMAN, M. ȘELARU, N. COSMOVICI, V. PARASCHIV. 205

Scanned with OKEN Scanner

Condiţiile de muncă şi cerinţele securităţii muncii în atelierul de preparaţie, loc de muncă canetat, MELANIA NICOLETA CRUPOVEATCHIN, GEORGETA ŞERBAN, ELENA NEMEŞ, SILVIA PETRUŞCĂ 210
Influenţa condiţiilor de muncă şi a procesului tehnologic asupra morbidităţii în atelierul de miezuire a unei întreprinderi mecanice, I. SILION, EMILIA LUPAŞCU-CÎRLESCU 212
Interrelaţii cauzale specifice pentru apariţia afecţiunilor nevrotice la lucrătorii din subteran, V. SAVU, A. BORCEA, FLORICA STĂNILOIU, E. IONESCU, B. POPESCU, GALINA RĂDULEANU, V. LAZAROVICI — (Bucureşti) 214
Consideraţii sociologice ale relaţiilor de grup în raport cu specificul muncii, FĂNICA STĂNILOIU, FLORICA IONESCU — (Bucureşti) 215
Interferenţe ale dinamicii suferinţei nevrotice cu relaţiile interpersonale la locul de muncă, P. MIHĂESCU — (Galaţi) 216
Personalitate şi integrare, I. ALEXANDRESCU — (Iaşi) 217
Probleme de adaptare socio-profesională în mediul industrial în colectivităţi majoritar feminine, IRIMIA VICTORIA, LUCICA POPESCU, SPERANŢA BURMĂ — (Piteşti) 218
Relaţiile medico-sociale ale psihiatrului prin intermediul serviciilor extraspitaliceşti privind problematica sănătăţii mintale în mediul industrial, V. CHIRIŢĂ — (Bacău) 220
Adaptarea şi integrarea organismului uman în condiţiile muncii din mediul industrial, ELENA KOCH, AL. AVASILCĂI, — (Cîmpulung Moldovenesc). 221
Unele aspecte privind adaptarea şi integrarea profesională a ţesătoarelor, D. MOCANU, G. BĂLĂCEANU, R. HEROVANU — (Iaşi) 223
Implicaţii ideo-afective în integrarea ruralului adult în mediul industrial citadin. I. ALEXANDRESCU, S. BULMENFELD — (Iaşi) 224
Evaluarea psihometrică a dinamicii capacităţii de efort la muncitorii din mediul cu acetonă, ELISABETA CHIRTOC, V. POSTOLACHE, L. SAFTA, MARIOARA BOJAN — (Cluj-Napoca) 225
Particularităţi de personalitate şi activitate productivă, N. COSMOVICI, MARIA COSMOVICI, M. ŞELARU, V. PARASCHIV — (Iaşi) 226
Oscilaţii ale nivelului atenţiei în activitatea productivă, MARIA COSMOVICI, N COSMOVICI, M. ŞELARU, V. PARASCHIV, P. BRÂNZEI — (Iaşi) . 230
Denivelări ale echilibrului emoţional în activitatea industrială, M. SESERMAN, M. ŞELARU, N. COSMOVICI, V. PARASCHIV, MARIA COSMOVICI — (Iaşi) 236
Aspecte ale încadrării adolescenţilor în mediul industrial, CLEOPATRA ANDRIEŞ — (Roman) 240
Aspecte profilactico-curative ale patologiei psihice la nivelul unei întreprinderi din municipiul Bacău în relaţie cu reţeaua de medicină generală, V. CHIRIŢĂ, G. ZICHIL, GABRIELA MARINESCU, A. CANDREA, TR. CÎRLAN, MIHAELA FENERU, LUCIA KIŞLAPOSI — (Bacău) 241
Industrializare şi echilibru ecologic. Contribuţii, perspective, deziderate, I. TARNICERU, A. AVASILCĂI, C. POSTELNICU — (Cîmpulung Moldovenesc). 242
Forme şi nivele de manifestare ale anxietăţii în activitatea industrială, N. COSMOVICI, M. ŞELARU, MARIA COSMOVICI, V. PARASCHIV — (Iaşi) . . 243
Aspecte privind tulburările de personalitate în expunerea cronică la sulfura de carbon, GH. BĂLĂCEANU — (Iaşi) 254
Opţiunea profesională şi adaptarea la mediul universitar a unui lot de 100 studenţi, VIORICA STĂNCULESCU — (Cluj-Napoca) 255
Valoarea psihoterapiei în procesul de restructurare a personalităţii la muncitorii subterani, MARIANA BOBIS, I. SUCIU — (Cluj-Napoca) 256
Semnificaţiile fişei psihopedagogice, T. FLORESCU — (Cîmpulung Moldovenesc) 257
Aspecte psihosociale şi comportamentale la bolnavii nevrotici, N. VANDICI, V VLĂDUŢ, E. KISS, I. SERDÜLT, CLARA FRENŢIU — (Oradea) . . 258
Aspecte psihologice remarcate în cadrul activităţii din atelierele de ergoterapie a copiilor oligafreni din spitalul de copii neuropsihici Siret, G. POPESCU, SILVIA MAFTEI, GEORGETA-OFELIA POPOVENIUC — (Siret) . . 262
Contribuţii privind metodologia examenului medico-psihologic la concursul de admitere în licee, M. BRĂDEANU, C. POSTELNICU, AL. AVASILCĂI, C. CHELEMEN — Cîmpulung Moldovenesc) 264
Studiul psiho-sociologic al fluctuaţiei personalului la o întreprindere din cadrul industriei textile, OLGA MOLDOVAN, LIANA FODOREANU — (Cluj-Napoca) 266
Socializarea — o precondiţie a maturităţii, A. ROMILĂ — (Bucureşti). . . . 267
Relaţii socio-juridice în asistenţa psihiatrică acordată la nivelul Laboratorului de sănătate mintală, C. STAMATIU, DORINA BUGARIU — (Cluj-Napoca). 269
Probleme şi aspecte ale alcoolismului în practica expertizei capacităţii de muncă, P. BRÂNZEI, C. POSTELNICU, AL. AVASILCĂI, — (Iaşi) 270
Relaţii între accidentele de muncă şi particularităţile psihosomatice ale angajaţilor din industria minieră şi geologică, P. IOTOVICI, C. POSTELNICU, AL AVASILICĂI — (Cîmpulung Moldovenesc) 272
Relaţia om-tehnică şi civilizaţie contemporană, C. GH. MARINESCU, I. DODEA - (Iaşi) 274
— Concluziile sesiunii
Concluziile sesiunii 277
Sesion conclusions 278

Scanned with OKEN Scanner

BIBLIOTECA PERSONALĂ
Nr.
Dr. medic Postelnicu G.

Scanned with OKEN Scanner

DESCHIDEREA SESIUNII
— Texte prescurtate —

Ion Tărniceru
secretar al Comitetului P.C.R., Primar al orașului — Cîmpulung Moldovenesc

Folosesc prilejul festiv al găzduirii de către orașul nostru al acestei importante sesiuni cu largă deschidere științifică pentru a vă adresa dumneavoastră, participanților din întreaga țară și din străinătate, un călduros salut din partea Comitetului județean și orășenesc de partid, a Consiliului popular județean și orășenesc.

Am dori ca, în scurtul timp pe care îl veți petrece în localitatea noastră, să cunoașteți cît mai multe aspecte din viața economică, socială și culturală a locuitorilor acestei așezări din Țara de Sus, în plin proces de urbanizare și industrializare, subiect asupra căruia doresc să insist cîteva momente.

Omul contemporan este organic interesat în conservarea mediului ambiant în condițiile industrializării masive, pentru care a optat. În acest sens, statul nostru face eforturi excepționale pentru conservarea mediului ecologic. Fondurile alocate în actualul cincinal în acest scop sînt de ordinul a 14,3 miliarde lei, fapt ce dă măsura eforturilor care se fac pentru ca ceea ce construim să nu ducă la otrăvirea atmosferei, la poluarea apei, la sterilizarea pămîntului. Protecția mediului este concepută ca asigurarea echilibrului ecologic dinamic, conservarea calității factorilor naturali, dezvoltarea bogățiilor țării, asigurarea unor condiții de viață și activitate cît mai bune pentru generațiile prezente și viitoare.

Experiența demonstrează că programele de protejare a mediului pot fi organizate și realizate eficient numai pe baza unui plan de ansamblu coerent, care include prioritățile, decurgînd din integrarea informațiilor științifice, tehnice, economice și sociale, precum și proiectînd și măsurînd influențele asupra tuturor resurselor.

În acest scop, acțiunile ce se preconizează trebuie să ia în considerare atît excluderea economismului lipsit de perspectivă, prădalnic uneori față de natură și, în consecință, dăunător societății, cît și a ecologismului abuziv care reduce totul la un conservatorism rigid.

Un exemplu de traducere în practică a aspectelor teoretice expuse anterior, îl reprezintă zona geografică a orașului Cîmpulung-Moldovenesc, care deși trăiește o viață nouă legată organic de tumultul dezvoltării țării, își păstrează totuși specificul și tradițiile care i-au adus o binecunoscută faimă.

Orașul Cîmpulung-Moldovenesc și zona înconjurătoare posedă o atmosferă dintre cele mai curate, cu care pot rivaliza doar puține localități. Schimbările care au însoțit intrarea în viața modernă de astăzi a localității noastre nu i-au afectat de o factură stridentă înfățișarea tradițională, condiția sa estetică sau ecologică. Construcțiile noi de locuințe, de instituții social-culturale, cît și de noi căi de acces și comunicație au completat și vor îmbogăți peisajul cu noi dotații atît pentru localnici, cît și pentru cei veniți din alte părți. În perspectivă, orașul se va dezvolta desfășurîndu-și atît potențialul turistic, cît și perspectivele de integrare în dinamicul proces de industrializare a țării.

Este interesant de subliniat, faptul că toată industria din zona Cîmpulungului Moldovenesc nu poate fi socotită ca avînd un caracter poluant.

Industria bazată pe prelucrarea lemnului, cît și cea legată de industrializarea laptelui, activități umane strîns legate de disponibilitățile locale, se conjugă cu perspectivele unor noi sectoare de muncă ca: industria textilă, industria confecțiilor de încălțăminte și, într-un viitor apropiat, mecanică fină.

Calitățile mediului ambiant în zona Cîmpulung-Moldovenesc, corelate cu planul dezvoltării sale în perspectivă, ne generează presupunerea legitimă că această parte a țării este socotită ca o rezervație ecologică și că va fi menținută ca atare. Mediul natural de aici permite dezvoltarea de activități bazate pe industrie nepoluantă și prestatoare de servicii turistice și sanatoriale. O asemenea presupunere considerăm că se corelează cu punctul de vedere al Consiliului Național pentru Protecția Mediului Înconjurător, cît și a organismelor interesate în aplicarea pe plan național a indicațiilor programului P.C.R. de respectare strictă a prevederilor legale de conservare a mediului înconjurător.

Ministerele și organismele de resort, în primul rînd Ministerul Sănătății, Ministerul Muncii, Uniunea Generală a Sindicatelor, Ministerul Turismului, pot găsi și găsesc în orașul Cîmpulung-Moldovenesc posibilitățile și perspectivele de a finanța, construi și dezvolta obiective de mare însemnătate pentru prezervarea stării de sănătate a populației și recuperarea forței de muncă, cum ar fi: sanatorii pentru boli funcționale, case de odihnă, preventorii, sate și tabere de vacanță ș.a.

În același timp, zona Cîmpulung-Moldovenesc este și o veritabilă placă turnantă pentru cei care doresc să purceadă la cunoașterea inegalabilelor frumuseți și valori cultural-artistice ale zonei, obiective turistice apreciate și dincolo de hotarele țării.

Ansamblul ecologo-turistic al zonei constituie un fapt în plus pentru ca plecînd de aici să se acționeze nu numai în combaterea poluării industriale, ci și a celei psihologice, de care vorbesc tot mai insistent numeroși cercetători și care justifică totodată alegerea sa ca loc de desfășurare a celei de a IV-a Sesiuni științifice din ciclul *Sănătate mintală și Psihiatrie socială* care se desfășoară sub egida Ministerului Sănătății și a EURO/OMS prin intermediul zonei pilot de studii a Spitalului „Socola" — Iași.

Prof. Vasile Predescu
director adjunct al Institutului de Neurologie și psihiatrie — București, președinte al Colegiului Medicilor și Farmaciștilor.

În numele conducerii Ministerului Sănătății, îmi revine deosebita cinste de a aduce urările de succes acestei prestigioase reuniuni științifice a psihiatriei românești, colegilor noștri igieniști, ergonomi, psihologi, tuturor participanților.

Doresc să subliniez că școala ieșeană a reprezentat totdeauna unul dintre detașamentele de frunte atît în crearea și organizarea unor instituții de specialitate în domeniul psihiatriei, cît și în fundamentarea conceptului determinist științific care călăuzește specialitatea noastră. Această fundamentare își găsește expresia și capătă dimensiuni majore în conceptul tridimensional bio-psiho-social ca model de abordare al bolilor psihice, model la al cărei fundamentare științifică profesorul Brânzei are o contribuție esențială.

Școala ieșeană a avut nu o dată priorități și inițiative în organizarea asistenței și resocializării bolnavului psihic, în umanizarea instituțiilor spitalicești, în crearea, organizarea și dezvoltarea asistenței semi-ambulatorii și ambulatorii în domeniul psihiatriei. Colectivul acestei școli este renumit prin întreprinderea unor studii epidemiologice de mare amploare și valoare științifică, prin contribuțiile originale pe care le aduce în domeniul fundamentării psihiatriei biologice, și a psiho-farmacologiei moderne.

În epoca noastră această școală fruntașă a fost apreciată pentru rodnicia ei în diverse domenii de activitate și nu întîmplător Biroul regional — OMS pentru Europa a ales școala ieșeană ca bază de cercetare în domeniul la care ne referim.

În acest consens aduc cele mai calde mulțumiri, în numele conducerii ministerului, domnului J. H. Hanibal, pentru atenția acordată prezentei sesiuni.

În concluzie, vreau să spun că avem în țara românească școli de psihiatrie. În cadrul unitar al psihiatriei românești, școala ieșeană trăiește și va trăi și în viitor dînd roade din ce în ce mai bogate, în apărarea și promovarea sănătății populației.

Janis U. Hanibal
— administrator tehnic pentru sănătate mintală — EURO/OMS. Kopenhaga

Domnul Leo Kaprio, directorul general al Biroului regional pentru Europa al OMS, și-a exprimat regretul că din cauza altor îndatoriri, nu a putut fi prezent la acest simpozion. Domnia-sa m-a rugat să vă transmit cele mai alese urări de succes pentru întîlnirea de astăzi. Aceasta cu atît mai mult cu cît tema acestui simpozion este strîns legată de preocupările OMS cu privire la sănătatea muncii și sănătatea mintală, precum și de discuțiile sesiunii mondiale a sănătății din anul 1976 referitoare la factorii psiho-sociali și sănătate. Din activitățile din acest domeniu reiese clar că o mică parte a populației angajate în cîmpul muncii este expusă unui mediu periculos potențial. Este, de asemenea, evident că un număr de oameni din cîmpul muncii suferă cîteva ore pe zi de diferite influențe ce duc la simptome, cum ar fi : oboseala, stressul permanent etc., dacă nu cumva spre boli incluse în nomenclatorul internațional de clasificare al bolilor. Factorii psiho-sociali care influențează sănătatea, asistența medicală și starea de sănătate a societății își au rădăcina în psihologia individului, în structura și funcțiunile grupurilor sociale. Ei înglobează caracteristici sociale cum ar fi : tiparele de interacțiuni în cadrul familiei și a grupurilor de muncă caracteristici culturale și particularități psihologice ca atitudinile, credințele și factorii de personalitate. Acești factori sînt interdependenți și modul în care ei afectează starea sănătății individuale nu poate fi înțeles fără a lua în considerație aspectele globale generale ale societății.

Organizarea și diviziunea socială a muncii, instituțiile și structurile care formează sistemele socio-politice, valorile, codurile și normele care reglează comportamentul individual și de grup, ca să nu uităm și moștenirea culturală.

Așa cum am observat din parcurgerea programului complet al simpozionului, există intenția de a acoperi prin comunicări și discuții toate aceste aspecte. Aceasta cere mult timp, de aceea nu voi mai răpi din timpul dvs. prețios și voi încheia aici, urîndu-vă succes și discuții fructuoase.

Ing. dr. Viorel Posa
— Director Întreprinderea de prospecțiuni și exploatări geoolgice Suceava — Cîmpulung Moldovenesc

Îmi revine plăcuta misiune de a participa la această deosebit de importantă sesiune științifică a cărei beneficiari putem spune că sîntem și noi cei care lucrăm în activitatea industriilor.

Ca reprezentant al activității sectorului minier, permiteți să vă urez, tradiționalul bun venit în Țara de Sus a Moldovei.

Pentru noi, cei din activitatea minieră, acest simpozion este deosebit de important și interesant, întrucît vom stabili pe bază științifică mai bine decît pînă acum cauzele care pot conduce la unele perturbări în integrarea om-mediu industrial.

Noi am mai avut plăcerea să colaborăm cu Clinica de Psihiatrie din Iași și vă asigurăm, cu această ocazie, că cele stabilite împreună pînă acum, ne-au dat o viziune mai clară asupra activității desfășurată de noi. Rămîne să căutăm împreună noi elemente științifice în rezolvarea unor fenomene legate de integrarea în producție, de realizarea unor mai bune relații de integrare în mediul înconjurător — loc de muncă, să desfășurăm o activitate mai corespunzătoare în acest domeniu.

Aș propune în încheiere ca o sinteză a acestor lucrări să fie prezentată organelor noastre de decizie, pentru a putea lua împreună cele mai corespunzătoare măsuri în activitatea noastră industrială. Astfel, ca rezultatele acestei consfătuiri vor deveni elemente pe care să le putem folosi, și prin ele să căutăm să creem condiții mai bune de muncă și viață.

Scanned with OKEN Scanner

Prof. dr. Gh. Zamfir
— Directorul Institutului de igienă și sănătate publică — Filiala Iași

Vă rog să-mi permiteți, în primul rînd, să-mi exprim satisfacția pentru participarea la această prestigioasă manifestare științifică, organizată din inițiativa profesorul Brânzei și a autorităților locale.

De asemenea, doresc să aduc cu acest prilej și salutul colegilor și colaboratorilor din Institutul de Sănătate Publică din Iași și din teritoriul Moldovei. Aș vrea să subliniez faptul că materialele științifice care fac obiectul programului la care vom participa, răspund directivelor autorităților de partid și de stat privind promovarea integral psihică și fizică a omului societății noastre.

Agenda de lucru a acestei manifestări, configurează în mod pregnant conceptul promovat de profesorul Brânzei, cu referire la integralitatea bio-psiho-socială a individului, în scopul unei abordări interdisciplinare a acestuia, spre a concura astfel la promovarea stării sale de sănătate.

Apreciez că lucrările acestui simpozion au o importanță cu totul deosebită, deoarece abordează un aspect insuficient clarificat, și anume acela al influenței pe care o exercită diferitele agresiuni ale civilizației moderne nu numai asupra stării fizice, ci și asupra celei psihice.

Dacă noi ne-am referit pînă acum în mod mai deosebit la stabilirea anumitor nivele nocive ale diferiților agenți sau stress-uri de ordin fizic sau biologic, nu ne-am referit în aceeași măsură la stabilirea influențelor psihologice pe care aceștia le exercită, din punctul de vedere al posibilităților de adaptare la muncă în condiții fiziologice — adaptare fără cost fiziologic care să ducă la oboseală, surmenaj și la boală. în sfîrșit, aș vrea să mai subliniez rolul cooperării inter- și multi-disciplinare, fără de care nu se poate concepe abordarea complexă a personalității umane scb raportul ei fizic, psihic și social.

Dr. Armand Borcea
— Șef de secție I.E.R.C.M. — București

Din partea Ministerului Muncii, a Institutului de expertiză medicală și recuperare a capacității de muncă, exprimă adeziunea noastră și cel mai călduros salut, împreună cu asigurarea unei contribuții active la reușita acestei manifestări stiințifice în consensul marilor comandamente puse în fața noastră de dezvoltarea continuă și impetuoasă a societății noastre. Sînt cunoscute de mulți ani preocupările constante și realizările Clinicii de psihiatrie din Iași privind problematica socială a psihiatriei, de care ne preocupăm și noi pe linia evaluării și recuperării capacității de muncă

Dintotdeauna a fost apreciată receptivitatea și colaborarea cilnicii de psihiatrie din Iași, efortul de rezolvare în cele mai bune condiții a problemelor complexe pe care le ridică evaluarea, orientarea, reorientarea, profesionalizarea și reinserția deficienților psihici. Sîntem convinși că documentul final al reuniunii noastre va constitui o contribuție pozitivă, dar mai ales concretă, în ce privește adaptarea și integrarea în mediul industrial de pe poziția obligației noastre privind promovarea, profilaxia și recuperarea sănătății mintale.

Dr. doc. Victor Săhleanu
— Șef de laborator — Institutul „Victor Babeș" — București

În primul rînd doresc să-mi exprim satisfacția de a lua parte la această importantă sesiune cu caracter multi- și inter-disciplinar. Cei care cunosc cîte ceva din activitatea mea din ultimele decenii știu că principalul efort personal a fost îndreptat spre interdisciplinaritate și în calitate de cercetător al fenomenului uman aduc salutul Laboratorului de Antropologie din București. Sîntem convinși că umanismul zilelor de azi și de mîine nu poate fi decît un umanism bazat pe cercetarea științifică. Dintre disciplinele medicale care au devenit interdisciplinare, așezîndu-se în cadrele preconizate de noua antropologie mondială, psihiatria și igiena sînt poate cele mai dezvoltate și tocmai ele au organizat această sesiune științifică.

Convergența punctelor de vedere ale școlii psihiatrice de la Socola condusă de profesorul Brânzei, cu cele ale Laboratorului de Antropologie pot fi sugerate de compararea modelului bio-psiho-social al omului, susținut de școala de la Socola și a focalizării antropologiei bucureștene spre studierea dialecticii biologicului, socialului și culturalului în viața concretă.

Ar fi o multiplă obligație morală pentru mine, să încerc să transform modesta mea participare la această sesiune într-un început de colaborare.

OPENING SESION
— abridged texts —

Ion Tărniceru
— Secretary of R.C.P., Mayor of the town of Cimpulung Moldovenesc

I use the festive opportunity that our town is the host of this important session of a large scientifical outlook in order to bring to all participants a warm greeting on behalf of the town and county party committee, of the town's and county's popular councils.

We want that in the short while you are our guests you will know some aspects of the economic, social and cultural life of the inhabitants of this part of the Upper Country which is fully in a rapid process of industrialization and urbanization — a subject on which I want to insist some moments.

The contemporary man is organically interested in preserving his natural environment under the conditions of massive industrialization for which he

Scanned with OKEN Scanner

made his option. In this respect, our state made exceptional efforts to preserve the ecologic environment. The funds given to this scope in the present five year plan is of 14,3 milliard lei, a figure illustrating that environment is conceived as a preservation of the atmosphere, the rivers and the soil. The protection of that enviroment is conceived as a preservation of the qualities of natural factors, a development of riches, an improvement of life and activity conditions for the present and future generations.

Experience proved that the programmes of environment protection can be organized and efficiently achieved only on the basis of a coherent general plan which includes the priorities emerging from the integration of scientific, technic, economic and social information as well as by projecting and measuring the influences over all resources.

In this respect the actions must take into account both the elimination of economy lacking any outlook and the elimination of abusive ecologism which reduces all the actions to a rigid conservatorism.

A practical example of the above mentioned theoretic aspects is given by the geographical area of Cîmpulung Moldovenesc where although it is engaged in the general development of the country it preserves its specific and the traditions that has brought it a well-known fame.

The town of Cîmpulung Moldovenesc and its surroundings have one of the cleanest atmospheres of the country. The changes that accompanied the beginning of today's modern life of our locality did not affect strickingly its traditional appearance, its aesthetic and ecologic condition. The new building of dwellings, socio-cultural institutions as well as the new access and communication ways have completed and they will enrich the landscape with new endowments for the people of these places, and for visiting people. In future our town will develop its turistic potential and will integrate in the dinamic process of our country's industrialization.

It is interesting to underline the fact that all industries of the area of Cîmpulung Moldovenesc can not be accounted for a poluting character.

The industry is based on wood and milk processing closely connected to our local availabilities and they are completed whith new sections such as textile, confections and fine mechanics industries.

The qualities of the environment of the area of Cîmpulung Moldovenesc correlated with the plan of its future development generates our natural supposition that this part of the country is considered as an ecologic reservation and it will be maintained as such. This natural environment allows the development of activities based upon non-poluting industry and turistic services and sanatorial ones. Such a supposition is correlated with the standpoint of the National Council for Protection of Environment as well as with that of the organizations interested in applying on national scale the decissions of Communist Party's pragramme regarding the strict obey of the legal regulations concerning the protection of environment.

Ministries, and in the first place the Ministry of Health, Labour and the General Council of Trade Union, the Ministry of Turism find in our town posibilities of financing, building and developing of important objectives for the promotion and protection of population's state of health and for the recuperation of labour capacity in sanatoria for functional diseases, rest houses, villages and camps for holidays a.s.o.

At the same time, the area of our town is a real turning platform for the people who want to know the unequalled beauties and cultural and artistic values of this area, and the turistic places are appreciated also beyond the borders of our country.

The ecologic and turistic value of this area is an additional fact in order that, starting from this point, it should act not anly against the polution of industry but also against psychologic polution about which many research workers started to speak ever insistently. It also justifies the selection of our town as the place to hold the 4th Scientific sesion of the cycle entitled significantly *Mental Health and Social Psychiatry* sponsored by Ministry of Health and WHO/EURO and the pilot area of „Socola" of Iaşi.

Prof. Vasile Predescu

— Deputy Director of The Institute for Neurology and Psychiatry — Bucharest, President of the Council of Phisicians and Pharmacists

On behalf of the leadership of the Ministry of Health, I have the distinct honour to bring to you the wish of success of this prestigious scientific meeting of Romanian psychiatry, to our colleagues, hygienists, ergonomists, psychologists, to all participants.

I want to underline that the scientific school of Iasi has always represented one of the foremost detachments for both the creation and organization of special institutions in the field of psychiatry and the fundamentation of the determinist scientific concept that orientates our activity. This concept finds its expresion and gets major dimensions in the concept of tri-dimensional bio-psycho-social as a model of psychic diseases, model in whose scientific fundamentation, Prof. Brânzei brought an essential contribution.

The school of Iasi had not only once priorities and initiatives in the organization of medical care delivery and the resocialization of the psychic patient, in the humanization of hospital institutions, in the creation, organization and development of ambulatory and semi-ambulatory care delivery in the field of psychiatry. The research staff of this school is well-known and acknowledged for certain ample epidemiological studies of high value and scientific accuracy and for their original contributions brought in the field of biologic psychiatry and modern psycho-pharmacology.

In our epoch this school has been appreciated for its fruitful activity and it is not at random the fact that the Regional Bureau of WHO selected the school of Iasi as a pilot area for research in psychiatry. In this respect, I bring our cordial thanks to Mr. J. U. Hanibal for the attention he showed for this meeting. Concluding, I want to say that we have in our country good schools of psychiatry. Within the unitary frame of Romanian psychiatry the school of Iasi lives and will live bringing ever richer fruits in the prevention and promotion of the health of our population.

Scanned with OKEN Scanner

Janis U. Hanibal
— Technic Arministrator for Mental Health — WHO/EURO. Copenhagen

Mr. Leo Kaprio, General Director of Regional Bureau for Europe of WHO, expressed his regret that due to other duties he could not be present to this Symposium. He asked me to bring you his wishes of success of this meeting. The theme of this Symposium is closely connected to WHO's preoccupations concerning labour and mental health as well as to the discussions of the world session of WHO in 1976 regarding the psycho-social factors and health. Out of the activities in this field it clearly emerges that a small number of the population employed in the field of labour is exposed to a potentially dangerous environment. It is also evident that a number of people in labour field suffer some hours per day from various influences that lead to symptoms such as fatigue, permanent stress etc. unless to diseases included in the international list of diseases classification. The psycho-social factors that influence health, medical care delivery and the state of health of the population are stemmed in the individual psychology, in the structure and functions of social groups. They include social characteristics such as — patterns of interactions within family and social groups, cultural characteristics and psychologic peculiarities such as attitudes, beliefs and personality factors. These factors are interdependent and the way they affect the state of individual health cannot be understood without taking into account the total general aspects of the society.

The organization and social division of labour, institutions and structures that form socio-political systems, the values, codes and norms that regulate individual and group behaviour not to forget the cultural inheritance have their influence upon the state of mental health.

As I noticed from reading the complete programme of the Symposium there is the intention of covering by communications and discussions all these aspects. This requires long time and that is why I shall not take of your precious time and I shall end here wishing you success and fruitful discussions.

Eng. Dr. **Viorel Posa**
— Director — Entreprise for geologic prospections and exploitations — Suceava — Cimpulung Mold. Deputy of the Great National Assembley

I have the pleasant mission to participate at this distinctly important scientific session of which we shall also profit, I mean we who work in the field of various industries.

As a representative of the mining activity in this part of the country I want to bring you our traditional greeting of welcome in the upper county of Moldavia.

For us, from mining activity, this Symposium is extremely interesting and important as it will scientifically establish the causes that may lead to disturbances in the integration of ~~the~~ man in the environment.

We had the pleasure to collaborate with the „Socola" Hospital of Iasi and we take the opportunity to assure you that everything that we established in common gave us a clearer view of our activity. It remains that we should search for new scientific elements able to solve some phenomena connected to the integration in production, to the achievement of better integrative relations with the environment, working places in order of a more corresponding activity in this field.

Finally I want to propose that a synthesis of this meeting should be presented to our decission staffs so that in future we might take together the most corresponding measures in our industrial activities. Thus the results of this Symposium will become elements we shall be albe to use, and through them we shall try to find out and to create better conditions for life and work.

Prof. dr. **Gheorghe Zamfir**
— Director — Institute for Hygiene and Public Health — Iaşi

First of all I want to express my satisfaction for my participation at this prestigious scientific meeting organized at the initiative of Prof. Brânzei in collaboration with the local authorities.

I also want to bring the greeting of my colleagues and the collaborators of our Institute that covers the whole territory of Moldavia. I want to underline the fact that the scientific communications that make the object of the programme we shall attend respond to necessities of scientific and practical order. It is enlisted on the line of the directives of party and state authorities concerning the integration psychically and physically of the man of our society.

The agenda of this important scientific manifestation gives expressive shape from a scientific standpoint to the concept promoted by Prof. Brânzei regarding the bio-psycho-social integrality of the individual, for an interdisciplinary approach of the individual to attend in this way the promotion of people's state of health.

The scientific papers which will be delivered have a distinct importance as they approach an aspect which is insufficienty clear that is the aspect of the influence that the varied inherent aggressions of modern civilization have upon not only the physic state of man but also upon his psychic.

If we refered until now especially to some noxous levels of various agents or psychic stresses we did not do the same to establish the psychological influences they have from the standpoint of posibilities of adaption without physiologic cost which leads to fatigue, unrest and disease. Finally I want to underline the role of this collaboration inter- and multi-disciplinary without which one can never conceive a complex approach of human personality in its physical, psychic and social context.

Scanned with OKEN Scanner

Dr. **Armand Borcea**
— Section Chief — IERCM — Bucharest

On behalf of the Ministry of Labour, and of the Institute of medical expertise and recuperation of working capacity I express our adhesion and the most cordial greeting together with the assurance of an active contribution to the success of this scientific meeting that responds to the great imperatives of our modern society. The constant preoccupation and the achievements of the psychiatric hospital of Iasi regarding the social problems of psychiatry which enter aslo our own preoccupations on the line of evaluation and recuperation of working capacity are known since long ago. The results of the hospital of Iasi surpassed long ago the limits of Moldavia becoming our common goods, a motive of our pride on national and international level.

The receptivity and collaboration of the psychiatric hospital of Iasi has always been appreciated as well as the effort to solve the complex problems raised by the evaluation, orientation, re-orientation, proffesionalization and reinsertion of psychic defficient patients. We are convinced that the final document of our meeting will constitute a pozitive contribution and especially a concrete one for the adaptation of man to the industrial environment from the position of our obligation concerning the promotion, prevention and recuperation of mental health.

Dr. doc. **Victor Sahleanu**
— Laboratory Chief — Institute „Victor Babeș" — Bucharest

In the first place I want to express my satisfaction to participate at this important session with a multi- and inter-disciplinary character. The ones who know something of my activity in the last decades know that my main effort was oriented to interdisciplinarity and as a research worker of the human phenomenon I bring you the greeting of the Laboratory for Anthropology from Bucharest. We are convinced that humanism of the present days and of the future can not be but a humanism based on scientific research. Among the medical disciplines that became interdisciplinary being set into the frames established by the new development and they organized this scientific session.

The convergence of the points of view of the psychiatric school led by Prof. Brânzei with those of the Laboratory for Anthropology may be suggested by the comparison of bio-psycho-social model of man supported by the school of „Socola" and the foccus of the activity of the school of anthropology in Bucharest on the study of the dialectics of the biologic, social and cultural elements in our concrete life.

It would be for me a multiple moral obligation to try to convert my modest participation at this meeting into a beginning of collaboration.

Scanned with OKEN Scanner

BIBLIOTECA PERSONALA
Nr.
Dr. medic Postolnicu C.

DINAMICA EPIDEMIOLOGICĂ ŞI PREVIZIUNE PROFILACTICĂ ÎN APĂRAREA SĂNĂTĂŢII MINTALE

Petre Brânzei
(Iaşi)

Actuala sesiune ştiinţifică interdisciplinară, dedicată problematicii *Adaptării şi integrării în mediul industrial*, constituie o etapă de referinţă privind realizarea obiectivului politic de îmbunătăţire continuă a asistenţei populaţiei în domeniul sănătăţii mintale şi respectiv al psihiatriei, corespunzător criteriilor prioritare incluse în planul pe termen lung al Ministerului Sănătăţii, reactualizate de către Consiliul Sanitar Superior în şedinţa sa de lucru din 18 şi 19 noiembrie 1976.

În această ordine de idei, este de remarcat faptul că lucrările prezentei Sesiuni se desfăşoară atît sub egida Ministerului Sănătăţii cît şi a Biroului regional OMS pentru Europa, reunind în echipă interdisciplinară de lucru psihiatri, psihologi şi sociologi, ergonomişti şi directori de întreprinderi, igienişti şi medici de întreprinderi, omnipracticieni, jurişti, economişti şi activişti obşteşti.

Ca în orice domeniu al ştiinţelor medicale, şi cu atît mai mult în situaţia complexă bio-psiho-socială a patogenezei bolilor mintale, primul obiectiv în politica de apărare şi promovare a sănătăţii constă în profilaxia primară a îmbolnăvirilor şi atunci cînd îmbolnăvirea se produce, de a proceda, pe cît posibil mai eficient, la recuperarea suferindului ca latură specifică a profilaxiei secundare sau terţiare faţă de situaţiile invalidante.

Ori în cadrul abordării ştiinţifice a eficienţei psihiatriei profilactice şi respectiv al acţiunilor calitativ diferite de apărare şi promovare a sănătăţii mintale, primul criteriu de estimare îl constituie cunoaşterea dinamicii morbidităţii pe un interval de timp suficient desfăşurat, la o populaţie dată, în incidenţa evoluţiei sale socio-economice şi culturale, cunoaştere prin care să se prevadă concomitent dotările şi mijloacele tehnico-organizatorice de perspectivă necesare acţiunilor în teritoriu.

Referitor la epidemiologia bolilor psihice, dedusă la populaţia din Moldova pe ultimii 70 de ani prin intermediul primei internări în spitalul „Socola" (spital care pînă în decada VII-a a servit exclusiv populaţia respectivă), apar evidente următoarele aspecte asupra cărora am insistat — în mod necesar — în repetate rînduri :

— pînă la instaurarea puterii populare, în România s-au aflat în continuă şi masivă creştere psihozele predominant exogene determinate de condiţiile precare de viaţă ca psihozele sifilitice, psihozele de malnutriţie sau psihoze puerperale (fig. 1).

Datorită ameliorării continue a condiţiilor economico-culturale şi a dezvoltării asistenţei sanitare, în ultimul deceniu se remarcă — odată cu creşterea progresivă a vigurozităţii populaţiei — atît dispariţia sau reducerea masivă a frecvenţei psihozelor exogene, cît şi o tendinţă de stabilizare în apariţia cazurilor noi de psihoze predominant endogene ca psihozele hipertimice sau discordante (fig. 2, pg. 20).

În acelaşi timp, se produce ca şi în restul lumii — în raport cu dezvoltarea condiţiilor socio-economice

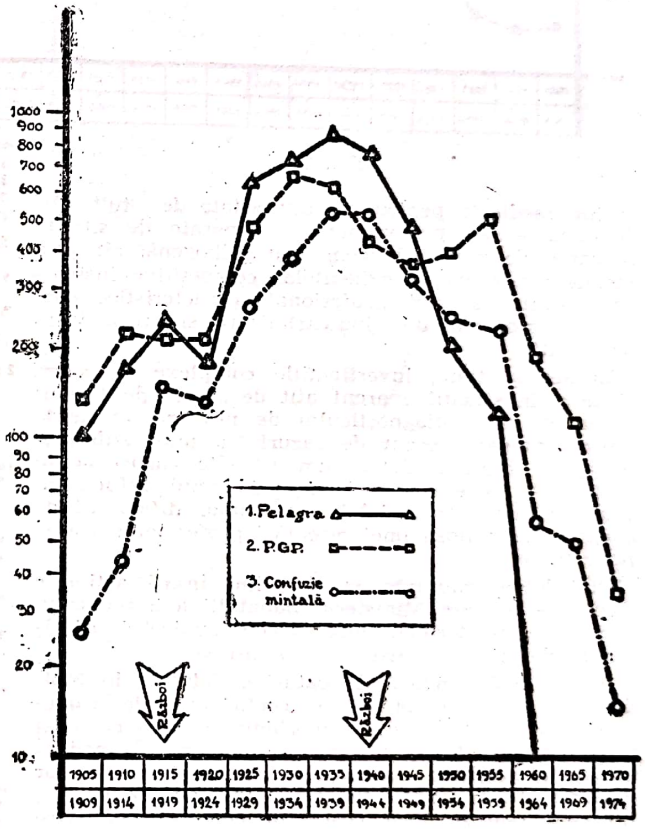


Fig. 1

— o creştere evidentă a solicitărilor de asistenţă calificată pentru tulburări psihice de limită ca în cazul nevrozelor, alcoolofiliilor, dizarmoniilor personalităţii şi, concomitent cu prelungirea mediei de viaţă, a psihosindroamelor vîrstei înaintate (fig. 3, fig. 4).

Astfel, nu apare ca surprinzător faptul că, de exemplu, numai în spitalul clinic de psihiatrie „Socola" — Iaşi au fost îngrijiţi în ultimul deceniu (1966—1976), 89 358 bolnavi, noi intraţi şi reinternaţi, obţinîndu-se peste 90% rezultate satisfăcătoare imediate şi o mortalitate sub 1% (fig. 5).

Modificarea dinamicii epidemiologiei psihiatrice, cu toate implicaţiile profilatico-curative pe care le

Scanned with OKEN Scanner

angajează, comportă sumativ o complexitate de factori calitativ diferiți ca de pildă : creșterea conștiinței de sănătate a populației și adresabilității la ser-

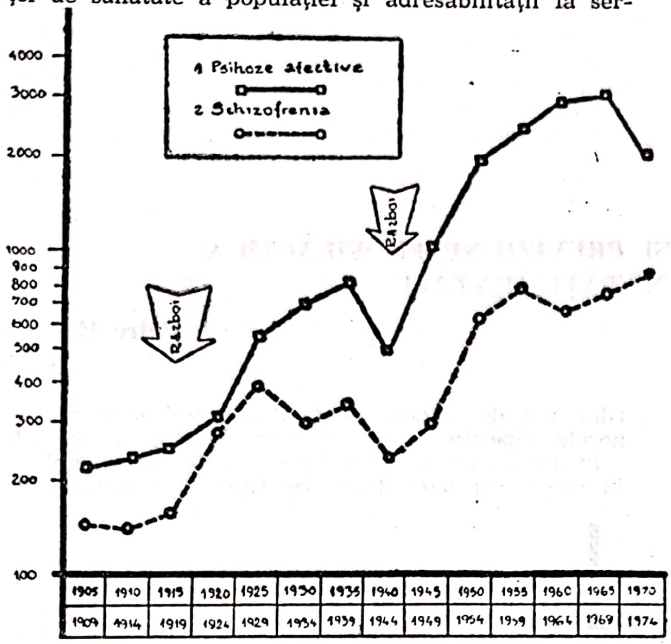


Fig. 2

viciile medicale pentru o diversitate de tulburări funcționale sau psihosomatice generate de situații poluante de natură biogenă sau psihogenă, cît și a efectelor negative, a exigențelor competitive instructiv-educative și socio-profesionale caracteristice epocii contemporane de industrializare și urbanizare accelerată.

În același timp, investigațiile complexe dovedesc, chiar și în situații aparent atît de „ușor" de formulat ca în cazul diagnosticului de nevroză, existența într-un număr crescut de cazuri a unor suferințe somatice ignorate, după cum în alte cazuri acuza subiectivă poate constitui expresia unui refugiu în boală, a unei iatrogenizări sau a unor dificultăți de adaptare prin lipsa unei orientări profesionale corespunzătoare.

Din datele enunțate, se desprind însăși acțiunile complexe pe care Ministerul Sănătății le-a inclus în planul său pe termen lung privind subiectul prioritar al dezvoltării asistenței psihiatrice.

Astfel, deși numărul de paturi s-a dublat în Moldova în perioada 1963—1976, coeficientul de acoperire față de indicele de morbiditate rămîne totuși încă redus în întreaga țară, ca și numărul medicilor de specialitate comparativ cu restul sectoarelor de asistență medicală ; în cadrul unităților existente, nu s-au realizat încă peste tot condițiile necesare unui microclimat confortabil de reabilitare ; în ceea ce privește asistența bolnavilor cu evoluție prelungită, mai există încă județe care nu au încă nici o unitate diferențiată, lăsînd totul pe seama căminelor spital pentru bolnavii cronici din sistemul de asistență socială, după cum în altele nici secțiile pentru bolnavii psihici acuți nu-și găsesc spațializarea cea mai potrivită.

Luînd în considerare relația cost-beneficiu/eficiență și raportîndu-ne la experiența centrului psihiatric din județul Iași, cu unitățile sale constelativ instituționalizate, ar rezulta să fie luate în considerare următoarele deziderate în ordine prioritară :

— în cazul bolnavilor psihici cu evoluție prelungită — care includ și un eventual potențial de periculozitate pe măsura în care boala lor este ignorată sau ei se află în situații de abandon medico-social — formula actuală cea mai potrivită apare a fi unitatea de asistență optimizată cu minimum 600 paturi pentru fiecare județ în parte, respectiv cu circuite diferențiate pentru copii și adulți de ambele sexe care să includă și un sector limitat pentru bolnavii acuți, unitate dotată cu sector propriu agrozootehnic și ateliere de ergoterapie. Față de beneficiile medicale unanim recunoscute în aceste condiții de asistență umanizată, la care se adaugă și cele economice de loc neglijabile — la nivelul județului Iași sectoarele de ergoterapie realizînd, de pildă, un beneficiu de aproape 5 milioane lei în perioada anilor 1970—1977 —, ar fi indicat să se manifeste concomitent și o mai suplă atitudine financiară privind utilizarea acestor fonduri în avantajul tuturor amenajărilor și dotărilor necesare unei asistențe diferențiate, cît și a stimulării psihoterapiei integratoare, corespunzător criteriilor prevăzute în H.C.M. 2 210/1970 ;

— în vederea unei mai rapide și mai durabile reabilitări a unor bolnavi afectați de psihosindroame dezadaptative, se impune ca o necesitate terapeutică realizarea unor unități spitalicești cu profil recuperator în anumite localități balneo-climaterice de convergență teritorială, ca de pildă Vatra Dornei, Cîmpulung sau Slănic, pentru Moldova ;

— secțiile de pedopsihiatrie, atît pentru acuți și cu atît mai mult pentru cei cu evoluție prelungită,

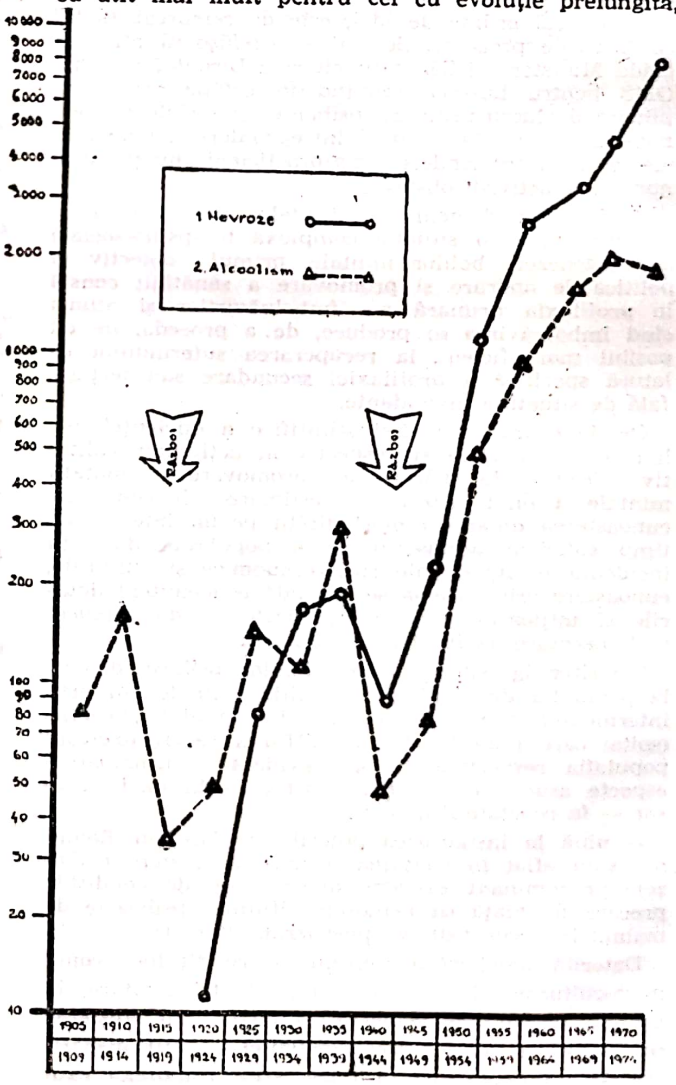


Fig. 3

presupun existenţa unor clase şcolare pe cît posibil cu profil recuperator ;

— orientarea aplicativă a învăţămîntului psihiatric al studenţilor pe structura practicii medicinii generale, în vederea cointeresării interdisciplinare a omnipracticienilor la problematica sănătăţii mintale a populaţiei prin intermediul coordonator al centrelor universitare şi al secţiilor judeţene de profil ;

— concomitent cu orientarea aplicativă a învăţămîntului psihiatric pe structura practicii medicinii generale, se impune cu necesitate să se renunţe la împărţirea arbitrară a spitalelor universitare în secţii clinice şi neclinice, împărţire care rigidizează funcţionalitatea acestor unităţi de vîrf ;

— integrarea spitalelor universitare de psihiatrie — care impun laboratoare corespunzător dotate cu aparatura necesară investigaţiilor complexe paraclinice şi viscero-umorale — cu disciplinele de biochimie, fiziologie, farmacologie, fiziopatologie şi sectoarele de cercetare din întreprinderile de medicamente, în vederea realizării de produse psihotrope adecvate, cît şi prevederea acestor spitale cu sector de terapie intensivă ;

— recrutarea viitorilor medici secundari după o prealabilă cunoaştere şi respectiv recomandarea lor de către facultăţile pe care le-au absolvit şi a direcţiilor sanitare din teritoriul unde au lucrat, în vederea evitării încadrării cu persoane necorespunzătoare exigenţelor muncii în sectorul psihiatric.

Asistenţa psihiatrică extraspitalicească — care formează o unitate funcţională cu spitalul sau secţia de profil judeţean — presupune existenţa unui serviciu psihosocial (definit din punct de vedere administrativ sub denumirea de Laborator de Sănătate Mintală). Acesta necesită, în primul rînd, o spaţializare diferenţiată corespunzătoare prestaţiilor cei revin, respectiv staţionar de zi (şi eventual de noapte) pentru adulţi şi copii, cu o schemă adecvată de încadrare cu personalul necesar realizării unei echipe complexe de lucru : psihiatri, psihosociologi, cadre medii calificate, defectologi, statistician-programator secretar, stenodactilograf, jurist, mijloace auto pentru acţiunile în teren, îngrijitori de curăţenie.

În aceste condiţii, L.S.M. nu se confundă cu cabinetul de psihiatrie din policlinică ci îl integrează pe acesta prin intermediul spitalului sau secţiei coordonatoare de profil. L.S.M. constituie, în acelaşi timp, locul de întîlnire a pacientului aflat în dispensarizare activă cu medicul său curant din secţia unde a fost tratat, situaţiile dificile de inserţie socio-familială constituind subiect de analiză periodică al întregii echipe a serviciului psihosocial (respectiv L.S.M.).

În scopul evitării eşecului adaptativ, atît pentru copii cît şi pentru adulţi, L.S.M. comportă relaţii interdepartamentale de lucru. În acest scop, serviciul psihosocial realizat pentru prima oară în mod experimental la Iaşi, în 1969, a inclus, de la început, în actul său constitutiv, colaborarea cu următoarele organisme comunitare :

— Direcţia Sanitară, Inspecţia Sanitară de Stat, Policlinicile, Institutul Medico-Farmaceutic, Institutul de Igienă, Catedra de Psihologie-Sociologie, Inspectoratul Şcolar, Direcţia pentru Probleme de Muncă şi Ocrotiri Sociale, Procuratura, Miliţia, Medicina Legală, Autoritatea Tutelară, Secretariatul Consiliului Popular.

Obiectivele principale de lucru ale Serviciului psihosocial, eşalonate pe decada 1970—1980, avînd ca scop „perfecţionarea asistenţei sanitare“ (prevăzută în Directivele Comitetului Central al Partidului Comunist Român din octombrie 1968), au fost următoarele :

— alcătuirea unei echipe complexe de lucru, reunită prin intermediul unui concept bio-psiho-social dinamic şi totodată unitar, în vederea apărării şi promovării sănătăţii mintale a populaţiei. Această echipă, grefată pe structura spitalului „Socola“ care a inclus iniţial 8 cadre calificate, cuprinde în prezent 37 persoane care lucrează într-un local propriu şi urmează să se dezvolte pînă în 1980 la 47, faţă de o populaţie de cca. 350 000 locuitori cît cuprinde municipiul Iaşi în prezent ;

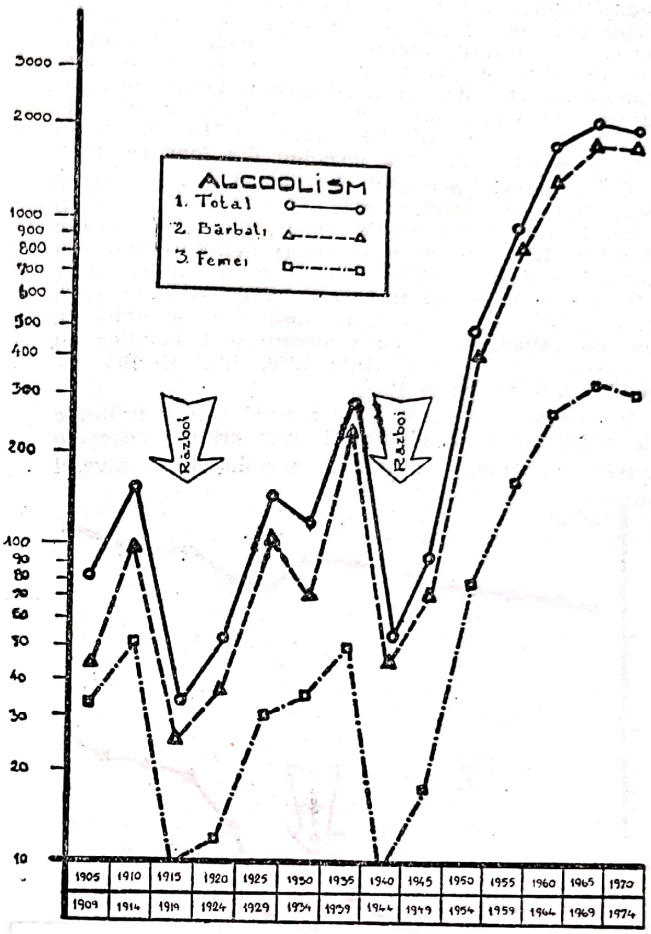


Fig. 4

— elaborarea unei metodologii corespunzătoare referitor la studiul factorilor de risc privind adaptarea şi integrarea instructiv-educativă şi socio-profesională, cît şi a măsurilor bio-psiho-sociale necesare preîntîmpinării şi corectării acestora ;

— cunoaşterea pe cît posibil mai exactă — ecologo-epidemiologică, demografică şi etiopatogenică — a morbidităţii îmbolnăvirilor psihice, atît pentru profilaxia primară, cît şi pentru instituirea celor mai corespunzătoare metode de profilaxie secundară şi terţiară ;

— studierea unor noi modalităţi şi posibilităţi de asistenţă intermediară spital-teritoriu în vederea obţinerii unei mai mari eficienţe terapeutice şi de corectare a situaţiilor de handicap. Corelativ acestui scop a luat fiinţă în 1971, în cadrul spitalului „Socola“, primul serviciu spitalicesc din ţară cu regim sanatorial de zi şi orientare psihoterapică de readaptare prin intermediul ergo- şi socio-terapiei integratoare.

Metodologia, studiile şi experienţa realizată de către serviciul psihosocial din Iaşi au contribuit la edificarea planului pe termen lung privind asistenţa bolilor psihice şi dezvoltarea apărării şi promovării sănătăţii mintale elaborat de Ministerul Sănătăţii în decembrie 1971 şi transmis pentru aplicare în teritoriu începînd din 1972 prin ordinul nr. 126/1972, nr. 74/1973 şi nr. 86/1974, program reactualizat în cadrul

Scanned with OKEN Scanner

ședinței de lucru a Consiliului Sanitar Superior din 18 și 19 noiembrie 1976.

Criteriile de lucru aplicate la nivelul Serviciului psihosocial din Iași, care s-a preocupat, în primul rînd, de perfecționarea metodologiei studiului personalității prin etalonarea de baterii de teste diferențiate sau nou create, și a cauzelor morbidității psihice, au provocat interes atît în mediul specialiștilor din diverse centre din țară, cît și din străinătate, activitatea depusă și pe această latură de către centrul psihiatric din Iași contribuind, în plus, la nominalizarea sa ca „bază pilot OMS" de studiu pentru sănătate mintală, începînd din ianuarie 1975.

De asemenea, Serviciul psihosocial a constituit o modalitate aplicativă pentru: învățămîntul studenților de la Catedra de Psihologie, Sociologie, Științe Juridice, Institutul de medicină și Liceul sanitar din Iași; formarea cadrelor medii pentru laboratoarele de sănătate mintală din țară (cursuri de vară în 1972, 1973, 1974); generalizarea pe țară a ergoterapiei ca metodă psihoterapică de integrare a bolnavilor cu handicap psihic (conferința 1970, 1972 și 1976 — publicată în volum în 1977).

În vederea instituirii unor măsuri corespunzătoare de profilaxie și a elaborării unor criterii adecvate privind apărarea sănătății populației, la nivelul

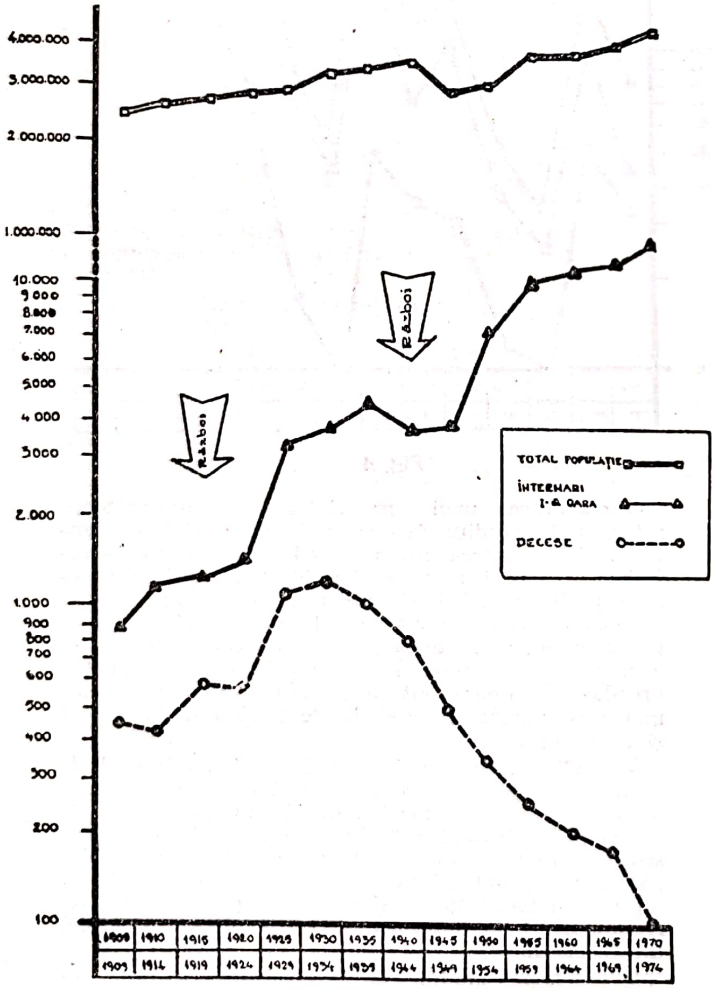


Fig. 5

municipiului și județului Iași, s-a alcătuit în cadrul L.S.M. o evidență psihiatrică cu peste 50 000 fișe individuale pe ultimii 15 ani, din care se deduc următoarele concluzii de prognoză orientativă:

— frecvența suferințelor viscero-umorale concomitente sau anterioare formulării diagnosticului de nevroză a fost de aproximativ 74%, ceea ce demonstrează insuficienta obiectivare a cauzelor subiective în suferințele psihosomatice, ca și inducția negativă pe care o exercită un asemenea diagnostic;

— incapacitatea permanentă de muncă prin boli psihice în municipiul și județul Iași, analizată pe un număr de 2 460 cazuri, a relevat o incidență de cca 30% în anul 1969. Acțiunile de intensificare a asistenței psihiatrice intra- și extra-spitalicești, a determinat o scădere a proporției invalidante la 20% în 1974, și apoi la 17,6% în 1975, respectiv 16% în 1976.

Studiindu-se dinamica adaptativă socio-profesională pe un număr de 2 061 angajați dintr-o întreprindere de fibre sintetice, s-au relevat unele particularități adaptative la condițiile activității industriale a tinerilor în primii ani de activitate. Astfel, ponderea factorilor de microclimat fizic (zgomot, temperatură, lumină, tură de noapte etc.) în generarea unor fenomene maladaptative s-a relevat cu o frecvență de aproximativ 25%, în timp ce relațiile subiective necorespunzătoare de microgrup productiv s-au testat într-o proporție de 75% din totalul tinerilor cu fenomene de risc adaptativ în primii ani de angajare. Aceste date au atras atenția asupra instituirii măsurilor corespunzătoare organizatorice, educative și psihoterapice, necesare evitării dezadaptării socioprofesionale în mediul industrial.

Un alt studiu realizat în același scop pe un număr de 1.825 angajați de la o întreprindere textilă cu predominanța sexului feminin, prin aplicarea unei metodologii complexe de investigare, a evidențiat că 180 prezentau semne manifeste de risc adaptiv.

Din aceste studii se desprinde necesitatea ameliorării unor condiții de microclimat fizic și a interrelațiilor de microgrup, cît și a instituirii unor măsuri ergonomice judicioase, vizîndu-se astfel scăderea incidenței riscului decompensărilor psihice reactive.

În ce privește populația studențească, rezultă că un număr de 1.131 cazuri au prezentat în decursul ultimilor 6 ani acuze de tip nevrotic care s-au semnalat în peste 50% în anul I și 25% în anul II restul distribuindu-se pe ceilalți ani de studii. Aceste date evidențiază oscilațiile inerente de adaptare la viața universitară, argumentînd în plus pentru necesitatea intensificării acțiunilor de orientare profesională și de educare a familiei privind o mai atentă îndrumare în sectorul de formare universitară.

S-au efectuat, de asemenea, studii orientative privind insuccesul școlar și tulburările de comportament la copii și adolescenți. Aceste date evidențiază pe de o parte semnificațiile suferințelor encefalice care generează oligofrenii sau fenomene dezadaptive, și pe de altă parte rolul demodulator al condițiilor precare de mediu familial.

Pentru cunoașterea procesualității adaptative a adolescenților, Serviciul psihosocial din Iași a investigat comparativ, începînd din anul 1970, un număr de aproximativ 7.000 elevi în vîrstă de 14—16 ani din școlile generale și liceele municipiului Iași (90 clase), cît și din 9 comune aferente județului Iași și din județul Vaslui.

Concluziile acestui studiu s-au concretizat în volumul „Adolescență și adaptare" publicat în 1974, la care au participat numeroși specialiști, sub egida „Centrului de Studii și cercetări pentru problemele tineretului".

Un alt aspect al activității desfășurate, se raportează la acțiunea de depistare activă a copilului preșcolar și școlar mic cu risc sau handicap în dezvoltarea neuro-psihică, în vederea găsirii celor mai potrivite criterii de recuperare psihopedagogică. Acțiunea a fost inițiată orientativ în 1975 și realizată pe un număr de 1.048 copii în vîrstă de 5—7 ani din grădinițele municipiului Iași. Pornind de la rezultatele obținute

Scanned with OKEN Scanner

pe acest lot, metodologia de cercetare a fost apoi ameliorată şi extinsă în cursul anului 1976 la totalitatea celor 2.790 copii incluşi în grădiniţele din municipiul Iaşi şi pe 580 copii din judeţul Iaşi, selecţionaţi în prealabil de cadrele didactice pentru efectuarea unui psihodiagnostic calificat.

În baza indicaţiilor comune elaborate de Ministerul Învăţămîntului şi Ministerul Sănătăţii, această acţiune, ca şi celelalte realizate pe baza unei metodologii bio-psiho-sociale proprii centrului ieşean, a fost continuată şi în anul 1977, incluzînd alţi 5.858 copii din municipiul şi judeţul Iaşi.

În cifre absolute, 720 copii din municipiul Iaşi necesită a fi urmăriţi şi ajutaţi prin proceduri psiho-pedagogice recuperatorii.

Realizîndu-se în 1977, primul grup de corecţie nutriţională, de odihnă şi stimulare psihopedagogică recuperatorie la copii preşcolari 7—9 ani provenind dintr-un cartier nou construit în Iaşi cu populaţie predominantă în prim stadiu de adaptare urbană, s-a obţinut scăderea eşecului instructiv-educativ de la 73 la 9 copii *.

Programul de acţiune preventivă sau recuperatorie a demodulărilor personalităţii şi a eşecului de adaptare instructiv-educativă şi socio-profesională a copilului şi adolescentului, preconizat de L.S.M. — Iaşi, mai vizează următoarele acţiuni :

— recuperarea precoce a copilului cu handicap neuromotor prin instituţionalizarea diferenţiată intra- şi extra-spitalicească ;

— orientarea copiilor provenind din familii cu influenţă nocivă manifestă asupra dezvoltării personalităţii lor în şcoli cu internat sau semi-internat ;

— intensificarea acţiunilor de orientare profesională şi de corijare educativă a familiilor hiperprotective faţă de munca productivă propriuzisă ;

— intensificarea acţiunilor socio-economice şi educative pentru înfrînarea consumului abuziv de băuturi alcoolice (datorită dezvoltării convergente al acestor acţiuni, în municipiul Iaşi desfacerea băuturilor alcoolice a scăzut cu 4% iar numărul noilor internări pentru alcoolism a scăzut cu peste 10% în 1976 faţă de 1973), cît şi cu referire la modul nerațional de folosire a timpului liber.

Revenind la măsurile profilactice în mediul industrial, se desprinde în plus necesitatea intensificării acţiunilor de mică mecanizare, îndeosebi în întreprinderile unde predomină sexul feminin, concomitent cu acţiuni susţinute de combatere a factorilor poluanţi şi a măsurilor ergonomice profilactice şi recuperatorii ;

— *realizarea de sectoare cu profil ergonomic diferenţiat în cadrul întreprinderilor,* pentru persoanele cu situaţii de handicap dezadaptativ parţial sau tranzitoriu care, după experienţa L.S.M. realizată prin intermediul Întreprinderii textile Iaşi, apare a fi cea mai potrivită în prezent ;

— în cazul persoanelor cu situaţii de invalidare mintală permanentă însă cu păstrarea inserţiei familiale, realizarea de ateliere-protejate de ergoterapie remunerată, de preferinţă în cadrul cooperativelor, sub controlul şi îndrumarea L.S.M. şi în colaborare eficientă cu întreprinderile antrenate în acţiunile respective.

Înţelegerea determinist-ştiinţifică a raportului dintre condiţiile materiale şi rolul activ al conştiinţei ca *primum agens* al dezvoltării sociale, impune acţiuni politice şi ideologice concertate cu progresele tehnicii şi culturii actuale în procesualitatea modelator-formativă a microgrupului familial, şcolar şi profesional, atît pentru dezvoltarea armonioasă a personalităţii, cît şi a evitării unor eventuale riscuri de eşec adaptativ. În această ordine de idei, este cunoscut că la nivelul microgrupului se realizează şi se întregeşte statutul şi rolul fiecărei persoane pe tot parcursul existenţei sale, prin intermediul rolului efectuîndu-se liantul dintre elementul social şi cel psihologic într-o sinteză unitară conştientă, normativă şi axiologică, grupul stimulînd concomitent şi structurarea subiectivă ideo-afectivă, calitativ diferită a fiecărui individ în parte în complexitatea sa bio-psiho-socială, dinamică şi totodată unitară.

Studiul fenomenelor de risc adaptativ în condiţiile unor situaţii conflictuale pe linie de rol, ce se pot traduce, eventual, prin tendinţe sau comportamente deviante, nu ţin, desigur, predominant de domeniul morbidităţii psihice, dar se includ ca aspect de prim ordin în problematica sănătăţii mintale. În majoritatea lor, aceste fenomene apar, de predilecţie, atunci cînd se ignorează calitatea relaţiilor interpersonale, iar rezolvarea situaţiilor de risc adaptativ sînt condiţionate, în primul rînd, de acţiuni corespunzătoare socio-pedagogice, de orientare profesională şi măsuri ergonomice, adecvate pentru fiecare caz în parte. Asemenea acţiuni devin efectorii, de regulă, prin intermediul microgrupului în acţiune, sector în care există ample posibilităţi de lucru încă insuficient fructificate pe plan mondial — inclusiv în situaţiile de handicap mintal.

În această ordine de idei, datele Serviciului psiho-social din Iaşi, relevă că în situaţia relaţiilor de microgrup productiv, 72% din totalul angajaţilor tineri au reţinut influenţa favorabilă pe care o exercită întrajutorarea şi colaborarea în muncă. Sublinierea apare cu atît mai semnificativă, dacă se ia în considerare şi faptul că majoritatea tinerilor investigaţi provin din mediul rural, circumstanţă dinamică importantă în studiul comparativ al problemelor de adaptare cu toate implicaţiile sale.

Datele enunţate atrag atenţia, în acelaşi timp, asupra necesităţii cunoaşterii relaţiilor de microgrup în orientarea şi formularea principiilor active de organizare a producţiei, în rapid şi continuu proces de revoluţionare tehnico-ştiinţifică, cît şi asupra cunoaşterii variabilelor ce intervin în determinarea unor eventuale conduite dezadaptative. S-a evidenţiat deasemenea faptul că deşi interrelaţiile de producţie influenţează considerabil calitatea climatului de microgrup, particularităţile individuale îşi menţin în acelaşi timp rolul lor diferenţial pentru fiecare caz de eşec, în aceleaşi condiţii de muncă, habitat, vîrstă, sex şi nivel cultural. De exemplu, în funcţie de particularităţile personalităţii tinerilor angajaţi — care, deşi îşi îndeplinesc în mod corespunzător sarcinile de producţie — pe planul trăirilor subiective, ei relevă, totuşi, în mod firesc, relaţii ideo-afective şi volitive diferit particularizate faţă de riscul eşecului adaptativ, îndeosebi în primii ani de activitate angajată.

Ceea ce ne apare important de reţinut, constă în faptul că situaţiile subiective conflictuale din microgrup au o pondere statistică semnificativă, comparativ cu solicitările fizice caracteristice mediului industrial, atît în precocizarea apariţiei fenomenelor de oboseală, cît şi în constituirea unor labilităţi reflex-condiţionate ale tonusului emoţional, care se întîlnesc cu precădere la tineretul feminin. Astfel s-a evidenţiat în asemenea situaţii un coeficient ridicat de saturare a anxietăţii, apreciat prin intermediul probei P.F. Cattell, dominînd prioritar în limitele bandei de oscilaţii psihofiziologice adaptative. În ceea ce priveşte raportul dintre vîrstă şi anxietatea manifestă (nivel 4 de anxietate), incidenţa maximă s-a plasat la grupa de vîrstă 20—25 ani.

---

* Problematica sănătăţii mintale a copilului mic, şcolar şi adolescentului, constituie subiectul unui simpozion medico-psiho-pedagogic care se va desfăşura la Iaşi în zilele de 25, 26 şi 27 noiembrie 1977.

Scanned with OKEN Scanner

Situațiile enunțate, au ca scop relevarea atît a posibilităților de perfecționare a interrelațiilor din microgrupurile în acțiune productivă, cît și în stabilirea unor criterii de profilaxie primară mai eficientă a eventualului risc de eșec adaptativ, prin însăși intermediul populației devenită conștientă de rolul său modelator.

În concluzie, acțiunile de recuperare și promovare a sănătății mintale, presupun o concertare a eforturilor tuturor persoanelor de a contribui la dezvoltarea armonioasă a ființei umane și de a o feri, pe cît posibil, de influențele nocive.

Cu alte cuvinte, deși sănătatea mintală nu comportă numai o reflectare psihiatrică, ea se referă totuși la tendințele și caracteristicile laturii sociale a unei medicini dinamice tridimensionale și al cărei conținut constituie un aspect de prim ordin în politica de apărare și promovare a sănătății populației.

EPIDEMIOLOGICAL DYNAMICS AND PROPHILACTIC ANTICIPATION FOR THE PREVENTION AND PROMOTION OF MENTAL HEALTH

by **Petre Branzei**

The present inter-disciplinary scientific session devoted to the topics of *Adaption and Integration to the Industrial Environment* constitutes a reference stage concerning the achievement of the political aim of continuous improvement of the care delivery of the population in the field of mental health and of psychiatry, respectively, corresponding to priority criteria included into the Sanitary High Council on 18 and 19 November 1976.

In this respect it is worth noting the fact that the debates of the present session are held under the auspices of the Ministry of Public Health and of the Regional Office for Europe of W.H.O., gathering in working teams psychiatrists, psychologists, sociologists, ergonomists and managers, G.P.s., lawyers, economists and key persons within the community.

Like in any other field of medical sciences — moreover in the complex bio-psycho-social situation of the pathogenesis of mental disease, the first objective of the policy for the prevention and promotion of health consists of primary prevention of disease, and when the disease is recognized, it consists of actions for efficient recovery of the patient as a specific part of the secondary or tertiary prevention of invalidity.

Thus, within the scientific approach of the efficiency of prophilactic psychiatry and of qualitatively different actions for protection and promotion of mental health, respectively, the first criterion of appreciation is given by the knowledge of the dynamics of morbidity over a sufficiently long time in a given population with its socio-economic and cultural evolution — knowledge by which one may anticipate concomitantly the endowment and long-term technical and organizing measures necessary for the actions in a certain area.

Concerning the epidemiology of the psychiatric disorders in the population of Moldavia — deduced from the first admission in „Socola" Hospital (which, during its first 7 decades of its existence served exclusively this population) the following aspects which out of necessity have often been pointed out appear evident :

— until the end of the World War II, Romania experienced a continuous and massive increase of predominantly exogenous psychoses determined by poor life conditions as well as syphilitic psychoses, resulting from severe malnutrition and puerperal psychoses.

Saused by the continuous improvement of the economic and cultural conditions and by the development of the network of health services over the last decade it is noticed that with the continuously improved physical condition of the population the frequency of exogenous psychoses and a tendency of stabilization in the occurance of new cases of predominantly endogenous psychoses such as hypertimic or discordant psychoses are massively reduced.

At the same time it occurs here as in the rest of the world that with improved socio-economic conditions and evident increase in the demand for a qualified care for psychiatric disorders such as neuroses, alcohol-related problems, personality disorders and, concomitantly with lengthened average of life span, the psycho-syndromes of senescence.

Thus, it is not surprising that only in „Socola" Hospital over the last decade (1966—1975) 89,358 patients (admissions and re-admissions) have been taken care of with results of 90% immediate satisfactorily results and under 1% mortality.

The modification of the dynamics of psychiatric epidemiology with all its preventive and curative implications supposes a complexity of factors qualitatively different : the increase of health consciousness of the population and the demand for medical services for various functional disorders or psycho-somatic ones generated by polluting situations of biogenous or psychogenous nature, as well as the negative effects of competitive instructive-educative and socio-profesional exigence characteristic for our contemporary period of accelerated industrialization and urbanization.

Even for the situations apparently „easy" to formulate like in the case of neurosis, complex investigations prove the existence in an increased number of cases of ignored somatic sufferings while in other cases the subjective complaint may be the expression of a refuge in disease determined by difficulties of adaptation given by a lack of a corresponding professional orientation.

Based on the already mentioned data the Ministry of Health has set the priorities for its long-term plan on the development of psychiatric services and the complex actions involved.

Thus, though the number of beds is doubled in Moldavia for the period between 1963—1976, the covering coefficient related to the index of morbidity remains still small for the whole country as well as the number of specialists as compared to the other sections of the services of care. Within existing medical units they have not yet achieved the conditions necessary for a comfortable microclimate of rehabilitation. Concerning the services for long-term patients, there are still counties that have not yet differenciated units, the chronic patients of the system of social services being left to the care of hospital-homes. There are also counties where it was not found a proper space for the sections for chronic patients.

Taking into account the relation cost-benefit/efficiency and relating ourselves to the experience of the psychiatric centre of the country of Iași with its network of units it follows some priority objectives :

— in the case of long-term psychiatric patients — who include a certain potential of danger when the disease is ignored or abandoned socially and medically — the best present formula is the services with

a minimum of 600 beds for each county with differenciated sections for children and adults of both sexes which should include a limited section for acute patients, a service provided with its own agricultural and zootechnical section and ergotherapy workshops. Considering the medical profit unanimously acknoweldged under such conditions of humanized assistence to which economic advantages not negligible are added (for the county of Iași the sections of ergotherapy achieved, for example, à profit of almost 5 million lei in the interval 1970—1977) we suggest a more favourable financial attitude to the use of these funds for the equipment and supplies necessary for a proper service, as well as for the stimulation of integratory psychotherapy corresponding to the criteria established by H.C.M. (Decision of the Ministry Council) nr. 2210/1970 ;

— in view of more rapid and durable rehabilitation of certain patients affected by disadaptative psychosyndromes, hospital units with recovery profile in certain resorts of the area like Vatra Dornei, Cîmpulung or Slănic for Moldavia are needed ;

— the sections of pedo-psychiatry both for acute patients and for the long-term ones accentuate the need of school classes with a good recovery profile whenever possible ;

— the applicative orientation of the psychiatric training of the students on the structure of general medicine practical training in order to increase their interest in the problems of mental health. This necessitates the co-operation between university centres and the respective county departaments ;

— concomitantly with this applicative orientation of the psychiatric training on the structure of general medicine practical training it is necessary to give up the arbitrary division of the university hospitals into clinic and non-clinic sections — a division that stiffens the function of these peak units ;

— the integration of psychiatric hospitals — imposing labs properly equipped for para-clinic and viscerohumoral complex investigations — with the disciplines of biochemistry, physiology, pharmacology, physiopathology and the sections of research from medicine herbs in view of achieving psychothropic drugs. It is also necessary the existence in such hospitals of a section for intensive therapy ;

— the recruitment of the future secondary physicians after a previous acquaintance and, respectively, their recommendation by the faculties they graduate and by the sanitary department of the territories they had worked on in view of avoiding the admission of improper persons for the exigence of the work in psychiatric field.

The out of hospital psychiatric care — which forms a functional unit with the hospital or county profile section — supposes the existence of a psychosocial service (defined administratively under the name of Menthal Health Service — MHS). MHS needs, first of all, a proper space for the services it performs, i.e. day-ward (eventually a night-ward) for adults and children, necesary personnel forming a multidisciplinary team comprising psychiatrists, psychologists, trained nurses, defectologists, statisticians, programmers, shorthand typist, lawyer, cars for actions in the service area, intendants, servants.

In these conditions the MHS will no longer be taken as a psychiatric office in a clinics but be integrated under the coordination of the hospital and profile departament. MHS is at the same time the meeting place of the patient released for active recovery with his physician from the section he has been treated. Thus, the difficult situations of social and familiary insertion become subjects of periodical analysis for the whole team of the psycho-social service, of the MHS, respectively.

In view of avoiding the adaptative failure, both in children and adults, MHS maintains inter-departamental relations. Thus, the psycho-social service started experimentally for the first time in Iași included from the beginning in its constitutive act the collaboration with the following community staffs :

— Sanitary Department, State Sanitary Inspectorate, Clinics, Medico-Pharmaceutic Institute, Institute for Hygiene, University's Department of Psychology-Sociology, School Inspectorate, Department for Problems of Work and Social Protection, Magistracy, Militia, Forensic Department, Ministry of Health, Secretariat of Popular Council.

The main objectives of the psycho-social service, scheduled for the interval 1970—1980, having as a main aim „the improvement of health care delivery" as it emerges from the directions of the Central Committee of the Romanian Communist Party in October 1968 have been as follows :

— the formation of a complex team united by means of a dynamic and unitary bio-psycho-social concept in view of protecting and promoting the mental health of the population. This team based on the structure of „Socola" Hospital included at first eight specialists, consists at present of 37 persons and it will further be increased to 47 until 1980 for a population of 350,000 people — the present population of Iași town ;

— the elaboration of a proper methodology concerning the study of risk factors regarding the adaptation and the instructive-educative and socio-professional integration, as well as the measures to be bio-psycho-socially taken for prevention and correction ;

— as exact knowledge as possible of the ecologo-epidemiologic, demografic and etyiopathogenic morbidity for the psychiatric disorder both for primary prevention and for the institution of the most proper prophilactic methods in the secondary and tertiary stages ;

— the study of new methods and possibilities of intermediate services in order to obtain more therapeutic efficiency and a better correction of handiccap situations. Moreover, in „Socola" Hospital, in 1971, the first hospital service with a day-ward with a psychotherapic orientation of re-adaptation by means of ergo-and integratory sociotherapy has been started.

The methods, studies and experience achieved by the Mental Health Service of Iași contributed to the completion of the long-term plan regarding the care of psychiatric diseases and the development of the protection and promotion of mental health elaborated by the Ministry of Public Health in December 1971 and given to be applied in the area beginning in 1972 by the Decission nr. 126/1972, nr. 74/1973 and nr. 86/1974 that has been brought up to date on 18—19 November 1976 during the meeting of the Sanitary High Council.

The working criteria applied at the level of the Mental Health Service of Iași which dealt with the improvement of the methods in the study of personality by elaborating batteries of tests differenciated or newly created and of the causes of psychic morbidity provoked a high interest of the specialists from various centres of the country and abroad (Finland, U.S.A., Great Britain, France, Peru, Italy, West-Germany etc.). The activity of the psychiatric centre of Iași contributed in this way to its nomination as „WHO Pilot Area" of investigation for mental health beginging in January 1975.

At the same time, the Mental Health Service was an applicative method for the following institutions : practical training of the students in psychology, law, medicine and sanitary High School of Iași ; the training of MHS personnel in the country (summer courses în 1972, 1973, 1974) ; the generalization for the whole country of ergotherapy as a psychotherapic method of integration of the psychic patients with handiccap (conferences in 1970, 1972, 1976 — published in Proceedings in 1977).

Scanned with OKEN Scanner

In view of establisihing of proper measures of prevention and of elaborating adequate criteria for the protection of the mental health of the population it has been started for the city and county of Iași a psychiatric register by MHS with over 50,000 individual files for the last 15 years of which one may draw the following conclusions of orientative prognosis :

— the frequency of viscero-humoral sufferings concomitant with or previous to the formulation of the diagnosis of neurosis has been of 74%, fact that proves the insufficient objectiveness of the subjective complaints for psycho-somatic sufferings as well as the negative induction exercised by such a diagnosis ;

— the permanent incapacity for work due to psychiatric diseases in the city and county of Iași, analyzed on a sample of 2460 cases revealed a percentage of 30% in 1969. The actions for intensification of in- and out-hospital psychiatric care delivery determined a decrease of the invalidating percentage to 20% (1974), then to 17,6% (1975), and 16% (1976).

Studying the socio-professional adaptative dynamics on a number of 2,061 employed in a synthetic fibres plant some problems of adaptation to the conditions of industrial activity of the young people in the first years of work were found. Thus, the importance of the factors of physical micro-climate (noise, temperature, light, night work etc.) for the appearance of maladaptative phenomena has been revealed with a frequency of 20% while the improper subjective relations of productive micro-group was tested in a proportion of 75% of the total young people presenting adaptation in industrial environment.

These data drew the attention toward the institution of proper organizing, educative, and psychotherapeutic measures necessary to avoid socio-professional maladaptation in industrial environment.

Another study on a number of 1,825 employed in a textile mill for the same reason, where the female sex is predominant applied a complex methodology of investigation and found that 180 cases showed signs of adaptative risk.

Out of these studies it emerges the necessity of improving the physical micro-climate and the micro-group inter-relations as well as the necessity to institute judicious ergonomic measures in view of a certain decrease of the risk of reactive psychiatric decompensations.

As to the university population it has been found that a number of 1,131 cases showed in the last six years complaints of neurotic type, of which 50% in the last form and 25% in the 2nd form, the rest being distributed for the others. These data bring into relief the inherent oscillations of adaptation to the university life, arguing for the necessity of intensifying the actions of professional orientation and of educating families for a more attentive orientation in the area of university training.

Studies for school failure and behaviour disorders in children and adolescents have also been carried out. The data obtained bring into relief the significance of the encephallic sufferings on one hand which generate olegophreny of mal-adaptative phenomena and the role of the improper family conditions on the other hand.

In order to know better the processes of adolescent adaptation the Mental Health Service of Iași studied comparatively starting with 1970 a number of approx. 7,000 school childen agen 14—16 from the secondary schools from Iași (90 classes) and from 9 villages near Iași and Vaslui.

The conclusions of this study have been published in the volume entitled „Adolescence and Adaptation" in 1974 with the collaboration of numerous specialists under the care of the Study and Research Centre for the Problems of Young People.

Another aspect of the activity carried out by this service is connected to the action of discovering of pre-school and school child with risk and handiccap in the neuro-psychiatric development, in view of finding the most proper criteria for psycho-pedagogic recovery. The action has been tentatively initiated in 1975 and carried out on a number of 1048 children aged 5—7 years from the kindergardens of the city of Iași. Starting from the results obtained on this sample the methodology of research has been improved eversince and extended during 1976 for the total of 290 children admiten in the kindergardens of Iași and 580 children from the county of Iași previously selected by their teachers for a qulifield psychodiagnosis test.

On the basis of the orientations commonly elaborated by the Ministry of Public Health and the Ministry of Education, this action has been continued in 1977, including other 5,858 children from the city of Iași.

In absolute figures, 720 children from the city of Iași need follow up and help by psycho-pedagogic methods for recovery.

Achieved in 1977 the first group of correction by nutrition, rest and recovery psycho-pedagogic stimulation for school children aged 7—9 years from a newly built district of the city with a population predominantly in a first stage of urban adaptation obtained a decrease of instructive-educative failure from 73 to 9 children. *

The programme of prevention and recovery actions for the demodulations of personality and for the failure of instructive-educative and socio-professional failure of children and adolescents elaborated by MHS of Iași has in its view the following actions :

— early recovery of the child with neuro-motor handiccap by means of differentiated institutionalized in- and out- of hospital ;

— the orientation of the child coming from families that have a noxious influence on the development of its personality in schools and boarding schools ;

— the intensified actions for professional orientation and educative correction of the families with hiperprotective attitude towards productive work ;

— the intensified use of efficient socio-economic actions against the abusive consumption of alcohol and the unreasonable way of using spare time. Due to convergent development of these actions in the city of Iași the selling of alcoholic drinks decreased with 4% and the number of the admissions for alcoholism decreased in 1976 with 10% in comparison with 1973.

Coming back to the prophilactic measures in the industrial environment we stress upon the necessity of intensification of the actions named small mechanization, especially in the plants where female sex is predominant, concomitantly with sustained actions against pollution factors and for ergonomic prophilactic and recovery measures ;

— the achievement of sections with differenciated ergonomic profile within industrial enterprises for the persons showing disadaptative handiccap, both partial and transitory which according to the experience of MHS — Iași in the textile mill seems to be the most proper for the time being ;

— in the case of persons with situations of permanent invalidated mental health but with maintained family insertion the achievement of workshops —pro-

* The problems of the mental health of small child, school child and adolescent form the subject-matter of a medico-psycho-pedagogic symposium which will be held in Iași on 25,26 and 27 November, this year, 1977.

Scanned with OKEN Scanner

tected by remunerated ergotherapy especially for the co-operative farms, under the control and direction of MHS and efficient collaboration with the enterprises mixed with such actions.

The scientific-determinist understanding of the relation between material conditions and the active role of conscience as *primum agens* of social development imposes political and ideological actions in accordance with present cultural and technical advance for modelling and formative processes of family group, school and professional groups aiming at both harmonious development of personality and avoidance of eventual risc of adaptative failure. In this respect it is known that at the level of the micro-group the status and the role of each person for the entire course of his life is achieved. And that by means of this role the connection between social and psychological element in a conscious unitary normative and axiologic synthesis is also achieved. In the group stimulating concomitantly the ideo-affective subjective structure qualitatively different from each individual within its bio-psycho-social complexity, is dynamic and unitary at the same time.

The study of the phenomena of adaptative risk under the conditions of certain conflict situations on the role line that may be translated eventually by deviant behaviours does not surely belong to the domain of psychic morbidity, but they are included in the complex of the problems of mental health as an aspect of the first order. Mostly these phenomena appear especially when it is ignored the quality of inter-personal relations, and the solving of risk situations concerning adaptation are conditioned in the first place by proper socio-pedagogic actions of professional orientation and ergonomic measures, properly selected for each case. Such actions become usually efficient through the actions of the micro-group — an area of research where there are still many possibilities of work yet insufficiently accounted for at world level — and this is true for the situations in which mental handiccap is involved.

In this respect the data of the psycho-social service of Iaşi reveal that in the situation of micro-group relations 72% of the total of young employed people retained the favourable influence exercised by the collaboration and working help. Our underlining statement appears significant if it is taken into account the fact that the majority of the young people investigated are of rural descendence — important dynamic circumstance for the comparative study of the problems of adaption with all its implications.

The data mentioned above draw attention at the same time to the necessity of knowing the micro-group relations for the orientation and formulation of the active principles of organization of production which is a rapid and continuous process of technical and scientifical revolution, and draw also attention on the knowledge of the variables that interfere in the determination of eventually mal-adapted behaviours. It has also been brought to relief the fact that though the inter-relations of production considerably influence the quality of the micro-group climate the peculiarities of the individuals maintain their role for each case of failure under the same conditions of work, age, habitat, sex, and cultural level. For instance, according to the characteristics of the personality of the young people who — though they fulfil their production tasks, — on the level of their subjective life they reveal ideo-affective and volitional relations differently characterized as compared to the risk of adaptative failure. Especially this happens in the first years of employment.

The fact that is worth keeping in mind is that the conflict subjective situations in micro-group are statistically preponderent as compared to physical solicitations characteristic to the industrial environment both for the early appearance of phenomena of tiredness and in the installation of a conditioned-reflex lability of the emotions especially in young women. Thus, it has been brought into foccus — especially for women — an increased coefficient of saturation of anxiety measured by Cattell test, dominating predominantly within the limits of the scale of psycho-physiologic oscillations in case of adaptation. As to the relation between age and manifested anxiety (4th level of anxiety), the maximum occurance is for the group aged 20—25 years.

The above mentioned situations have as a main aim to reveal both the possibilities of improving the inter-relations in micro-groups of productive action and to establish certain criteria of primary more efficient prophilaxy of the eventual risk of adaptative failure by means of the population itself that became conscious of its modelling role.

Finally we may draw the conclusion that the actions of recovery and promotion of mental health suppose a foccus of the efforts of all persons, institutions and communitary staffs that are devoted to contribute to the harmonious development of human being and to protect it as much as possible from noxous influences.

In other words, though mental health does not imply only a psychiatric reflexion, it refers however to the tendencies and characteristics of social side of a dynamic tri-dimensional medicine whose content constitutes a first order aspect for the policy of protecting and promoting the mental health of a population.

Scanned with OKEN Scanner

CERCETĂRI ÎN PROBLEMA ADAPTABILITĂŢII LA MUNCA ÎN SCHIMBURI DIN SECTOARELE AUTOMATIZATE

B. Barhad, Maria Pafnote, Lia Zotovici, L. Lisovschi, Iulia Vaida, Ruxandra Brabeţeanu, Despina Marinescu, Cristescu Mircea, G. Popescu

— Institutul de igienă şi sănătate publică — Bucureşti

Dat fiind importanţa problemei muncii în schimburi, prin aspectele complexe şi dificile ce le ridică pentru adaptarea muncitorilor din diferite sectoare de producţie, cercetările mai recente au fost orientate spre investigarea parametrilor pe baza cărora să se poată estima potenţialul individual de adaptare.

În acest context se înscrie studiul nostru asupra unor aspecte privind adaptabilitatea la munca în schimburi din industria automatizată, în vederea elaborării măsurilor de profilaxie a disfuncţiilor de adaptare.

Cercetarea s-a efectuat în două mari întreprinderi cu nivel ridicat de automatizare. În ambele combinate durata schimbului de noapte a fost de 4 zile, deşi sistemul de alternare era diferit. Au fost luaţi în studiu 54 operatori tablonişti, majoritatea cu vîrsta între 20 şi 40 ani.

Metodologia de cercetare a cuprins următoarele aspecte : (fig. 1)

1. Determinarea profilului psihofiziologic al operatorilor prin măsurarea unor parametri fizici şi funcţionali şi anume : frecvenţa cardiacă, tensiunea arte-

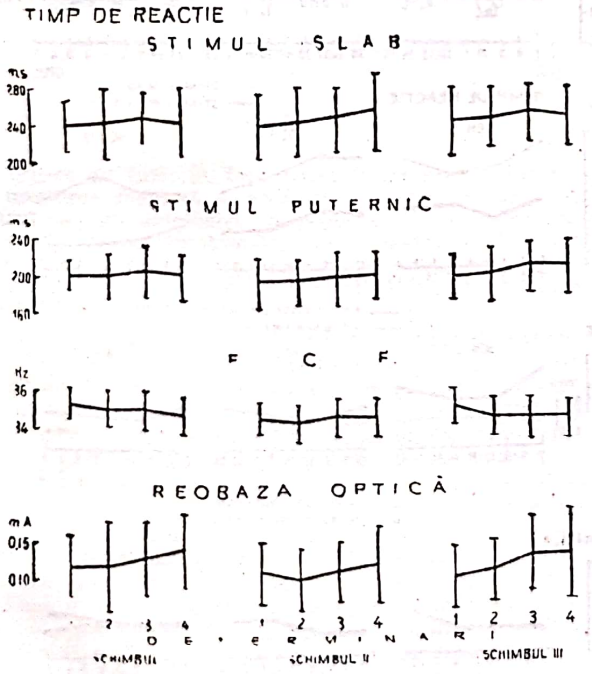


Fig. 1

rială, în clino- şi ortostatism, cu calcularea indicelui Krampton, consumul maxim de oxigen prin metoda indirectă a lui Astrand, revenirea frecvenţei cardiace şi a tensiunii arteriale după efortul submaximal.

Ca parametri psihologici s-au investigat unele trăsături de personalitate (intro şi extraversia) şi unele tendinţe psihoafective şi comportamentele pe baza inventarului psihonevrotic Woodworth ; atenţia distributivă apreciată pe baza testului Praga şi atenţia concentrată prin test de baraj, cu calcularea scorului de performanţă şi precizie.

2. Starea de sănătate a fost apreciată pe baza fişelor de consultaţii şi a chestionarului anamnestic, urmărindu-se totodată simptomatologia oboselii cronice, parametri somnului în funcţie de schimburi, manifestările de disconfort în timpul muncii.

3. Unele aspecte profesionale şi sociale au fost obţinute pe baza fişei de anchetă socială.

4. Reactivitatea în muncă a fost stabilită pe baza determinărilor în dinamică a parametrilor psihofiziologici şi vegetativi :

a) Parametri psihofiziologici : timp de reacţie, frecvenţa critică de fuziune, reobaza optică, atenţia concentrată.

b) Autoestimarea oboselii şi a nivelului de activare pe baza unui chestionar scalat, bipolar.

c) Parametri unor funcţii vegetative : temperatură orală, tensiunea arterială, frecvenţa cardiacă.

Determinările parametrilor psihofiziologici s-au efectuat la anumite momente ale schimbului de lucru totalizînd cîte 4 determinări în cursul schimbului de lucru ; frecvenţa cardiacă a fost măsurată din 10 în 10 minute pe toată durata schimbului de lucru de 8 ore, calculîndu-se mediile orare.

Reactivitatea psihofiziologică şi vegetativă a fost urmărită în cele trei schimburi de muncă, obţinînd pentru fiecare operator cîte trei zile de testare.

Am considerat ca răspuns adaptativ menţinerea la un nivel ridicat a capacităţii funcţionale a organismului, pe parcursul întregului schimb de lucru, cu oboseală minimă. Acest nivel funcţional a fost exprimat prin parametri psiho-fiziologici : timp de reacţie, frecvenţă critică de fuziune, atenţia concentrată, care se adresează proceselor neuropsihice în deosebi solicitate în muncile de supraveghere şi control din industria automatizată.

Din analiza dinamicii valorilor medii pe lotul de 54 operatori a apărut tendinţa generală de răspuns adaptativ din partea parametrilor TR, FCF, RO, care în schimbul de noapte s-au menţinut la un nivel mediu asemănător cu cel din schimbul de dimineaţă, diferenţele mici constatate nefiind semnificative (fig. 2).

La nivelul funcţiilor vegetative însă, tendinţa generală exprimată prin dinamica valorilor medii este de menţinere a patternului caracteristic pentru somnul de noapte, cele 4 zile de muncă de noapte fiind insuficiente pentru modificarea ritmului (fig. 3). Există însă diferenţe individuale de răspuns. La un număr de cazuri s-a constatat o tendinţă de modificare sau chiar de inversare a ritmului diferiţilor parametri vegetativi : a temperaturii orale la 17% din cazuri,

a frecvenței cardiace la 28% din cazuri și a tensiunii arteriale la 32% din cazuri. Trebuie arătat însă că numai în 11% din cazuri sincronizarea ritmurilor celor trei parametri a apărut simultan.

Modificarea ritmului nictemeral a diferitelor funcții ale organismului presupune un efort, dar și păstrarea vechiului pattern în condițiile modificate ale muncii în schimburi este defavorabilă pentru susținerea activității, nefiind asigurat de un nivel funcțional corespunzător.

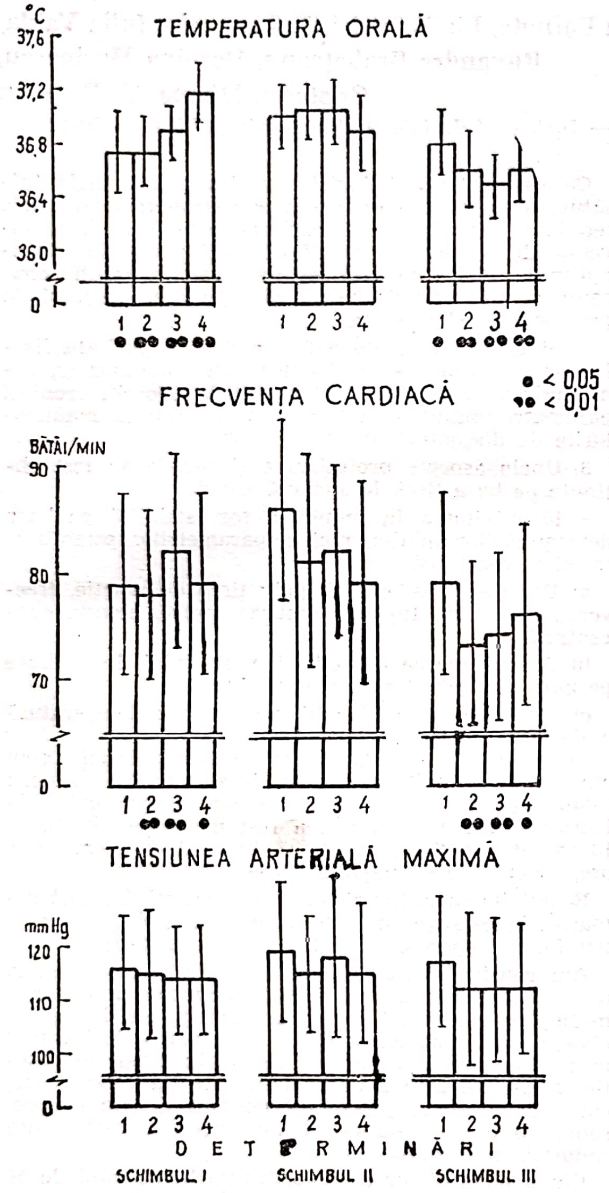


Fig. 2

Putem considera că persoanele la care sincronizarea ritmurilor interne cu condițiile modificate ale mediului se realizează mai rapid, au o capacitate adaptativă mai bună și vor suporta mai ușor, cu mai puține acuze, trecerea de la schimburile de zi la schimbul de noapte.

Pentru a putea aprecia cantitativ gradul de adaptare, s-a acordat un punctaj pentru răspunsurile favorabile, luînd în considerare fiecare parametru din cei analizați.

1. Reactivitatea psihofiziologică în cursul schimbului de lucru (TR, FCF, RO, TAC, autoestimarea oboselii) 5
2. Simptomatologia psihosomatică pentru cele trei grupe de simptome 3
3. Parametri vegetativi (TO, TA, FC) 3
4. Disconfortul în muncă în cele trei schimburi 3
5. Caracteristicile somnului (durată, calitate) . 2

scor total 16

Scorul total de 16 l-am considerat ca 100% adaptare și punctajul obținut în acest mod pentru fiecare operator a fost raportat la acest scor maxim, obținîndu-se gradul de adaptare în procente.

După procentul de adaptare operatorii au fost grupați în trei loturi :

1) Operatori cu nivel de adaptare ridicat, scor peste 60% : 21 operatori.

2) Operatori cu nivel de adaptare redus, scor sub 50% : 21 operatori.

3) Operatori cu un nivel de adaptare mediu, între 50—60% : 11 operatori.

Media pentru fiecare din cele trei grupe a fost :

1) adaptați 75%

2) neadaptați 35%

3) grupa medie 54%

Fig. 4 exemplifică comportamentul parametrilor psihofiziologici și vegetativi în cursul celor trei schimburi la unul din subiecți cu scor de adaptare 75%. Se re-

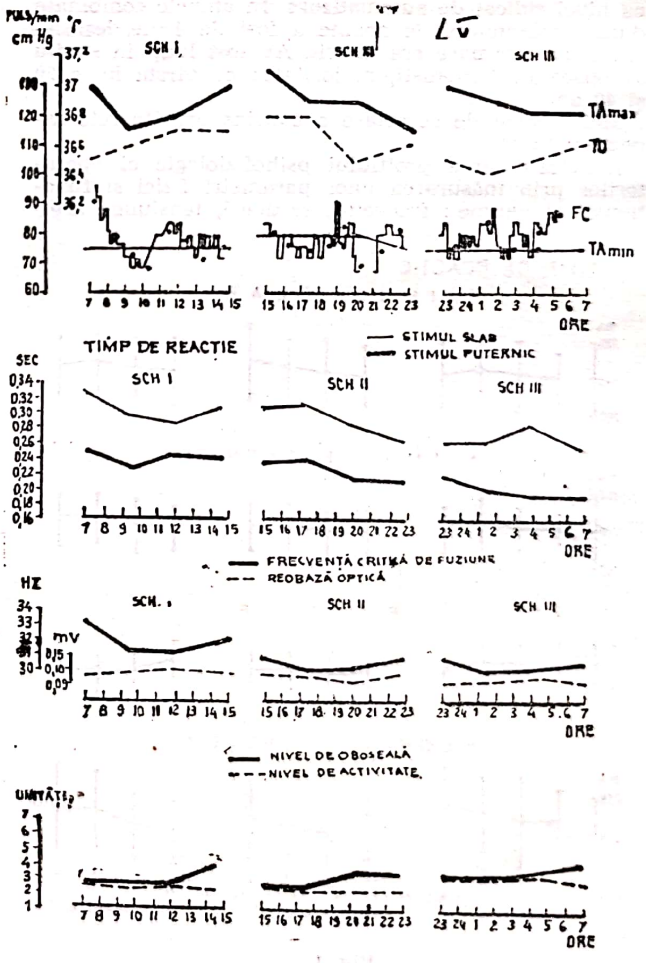


Fig. 3

marcă tendința de menținere la un nivel constant atît a indicatorilor neurosenzoriali și vegetativi, cît și a nivelului de activare și oboseală. Comparativ cu acest

tip de reactivitate, la un alt subiect (fig. 5) patternul funcţiilor vegetative în schimbul de noapte este caracteristic pentru ritmul nictemeral cu scădere între orele 2—4, creşterea timpului de reacţie, scăderea frecvenţei critice de fuziune, fapt oglindit pe plan subiectiv în creşterea marcată a oboselii şi a dezactivării. În cadrul simptomatologiei psihosomatice a prezentat acuze din grupa simptomelor neurovegetative şi psihoafective şi acuze de disconfort în schimbul de noapte. Profilul psihologic a arătat o tendinţă puternică spre emotivitate.

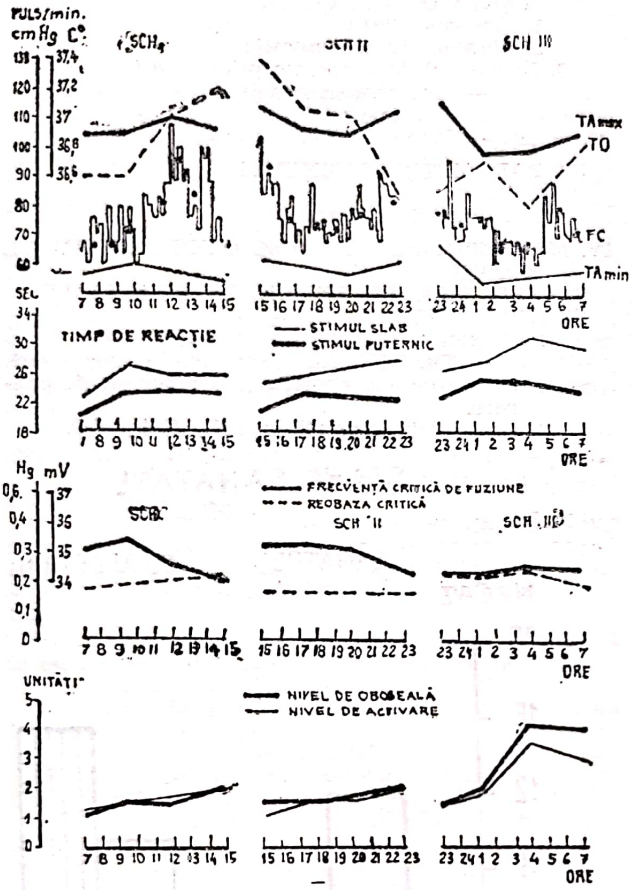


Fig. 4

Din analiza separată a comportamentului diferitelor variabile în funcţie de fiecare din cele trei mari grupe de criterii, a reieşit faptul că aprecierea adaptabilităţii la munca în schimburi nu se poate baza numai pe un singur criteriu cum ar fi de exemplu comportamentul parametrilor psihosenzoriali sau cei vegetativi, sau numai pe baza simptomatologiei psihosomatice. Toate aceste criterii trebuie luate în consideraţie simultan pentru a estima cît mai bine gradul de adaptare. Valoarea acestei metodologii a apărut din compararea grupelor de operatori cu nivelele de adaptare globală diferite (fig. 6). S-a remarcat faptul că lotul cu adaptare peste 60% şi cel cu adaptare sub 50% au diferit mai mult şi mai semnificativ prin reactivitatea psihofiziologică ($p < 0{,}02$) şi simptomatologie ($p < 0{,}001$) şi mai puţin prin reactivitatea vegetativă ($p < 0{,}05$).

Comportarea statistică a lotului cu nivel de adaptare ridicată (peste 60%) şi cu nivel scăzut de adaptare (sub 50%) în ce priveşte unele variabile ale profilului psihofiziologic al operatorului a evidenţiat ponderea mai mare a unor factori şi anume: condiţia fizică ($p < 0{,}001$), unele trăsături psihoafective şi comportamentale rezultate din inventarul psihonevrotic Woodworth ($p < 0{,}05$ (fig. 7), starea de sănătate şi durata somnului ($p < 0{,}10$) (fig. 8), durata transportului la locul de muncă ($0{,}10 > p > 0{,}05$). Cu o semnificaţie sub limită s-au situat factori ca intro-extraversia, condiţiile

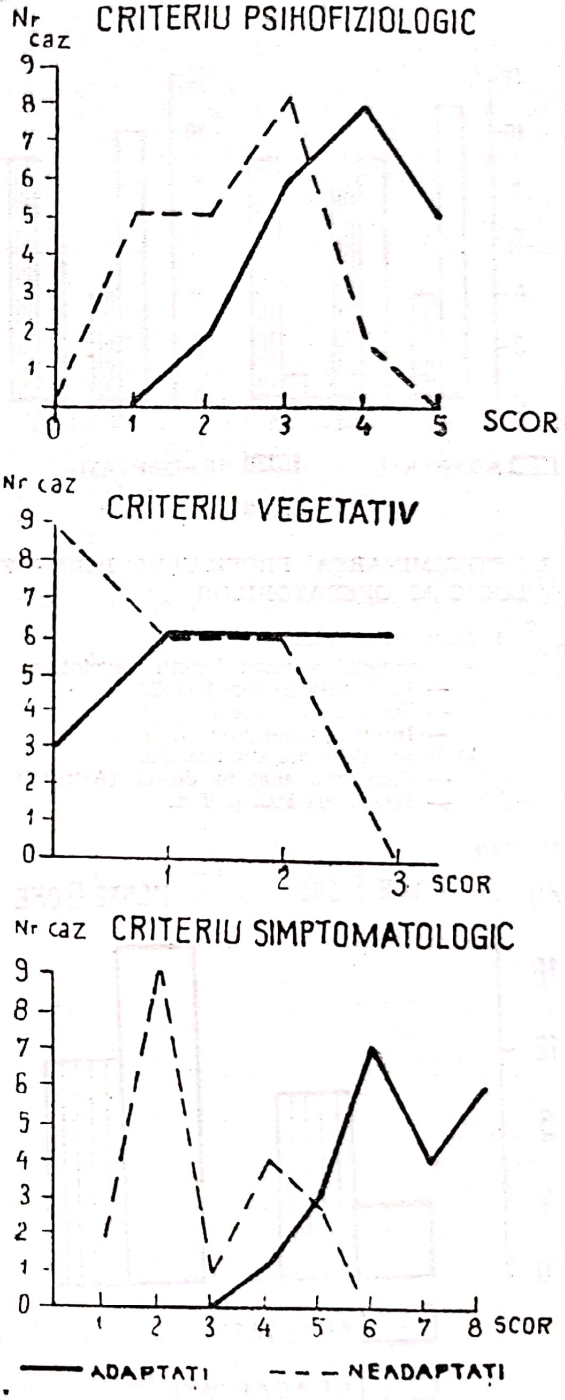


Fig. 5

de locuit, venitul de membru de familie, vîrsta operatorilor, numărul de copii.

Extinderea acestor studii la un număr mai mare de operatori şi aprofundarea unor aspecte pe baza metodelor moderne de analiză cantitativă a bioritmurilor,

folosind înregistrarea telemetrică a unor variabile fiziologice pe întreg ciclul de 24 ore vor contribui la stabilirea semnificației tendințelor care s-au conturat în această cercetare. În final rezultatele acestor studii vor sta la baza criteriilor de apreciere și urmărire a adaptării muncitorilor în industria automatizată.

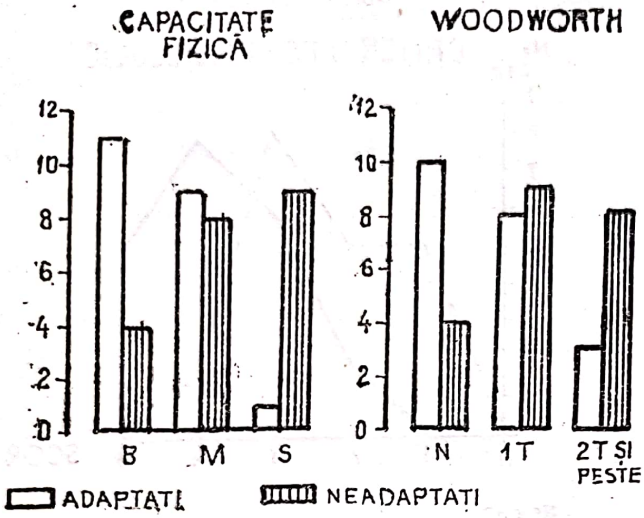


Fig. 6

I. DETERIMINAREA PROFILULUI PSIHOFIZIOLOGIC AL OPERATORILOR

1. *Capacitate fizică*
   a) Parametri a unor funcții vegetative
      — Frecvența cardiacă (F.C.)
      — Tensiune arterială (T.A.)
      — Indicele Crampton (I.C.)
   b) Proba de efort submaximal
      — Consumul maxim de O (Astrand)
      — Revenirea F.C. și T.A.

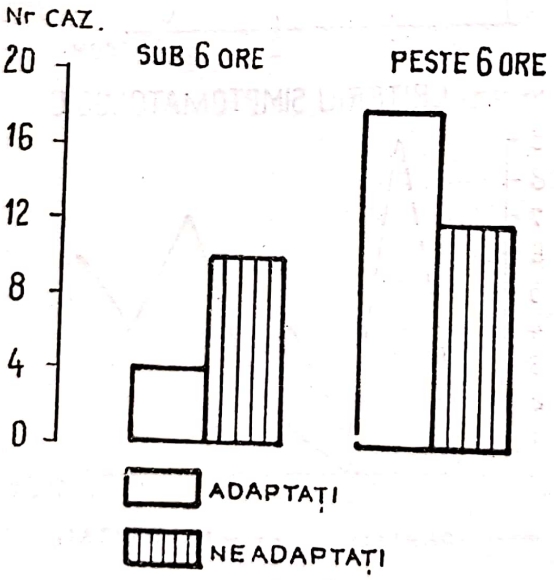


Fig. 7

2. *Reactivitatea neuro-senzorială*
   — Timp de reacție audiomotor (T.R.)
   — Frecvența critică de fuziune (F.C.F.)
   — Reobaza optică (R.O.)
3. *Caracteristicile psihologice*
   — Intro-extroversie
   — Inventarul psihonevrotic. Woodworth
   — Atenție distributivă. Praga.
   — Atenție concentrată. T.A.C.

II. STAREA DE SĂNĂTATE
1. *Fișe consultații*
2. *Chestionarul anamnestic*
3. *Inventarul de simptome psihosomatice*
   — Senzitivo-senzoriale
   — Neuro-vegetative
   — Psiho-afective

III. PARAMETRII SOMNULUI
1. *Durata*
2. *Tulburări de somn*

IV. MANIFESTĂRILE DE DISCONFORT ÎN TIMPUL MUNCII

V. ASPECTELE PROFESIONALE ȘI SOCIALE

VI. REACTIVITATEA ÎN MUNCĂ
1. *Dinamica parametrilor psihofigiologici*
   — TR, FCF, RO. Test atenție concentrată.
2. *Autoestimarea oboselii și a nivelului de activare.*
3. *Parametrii vegetativi: F.C., T.A., T.O.*

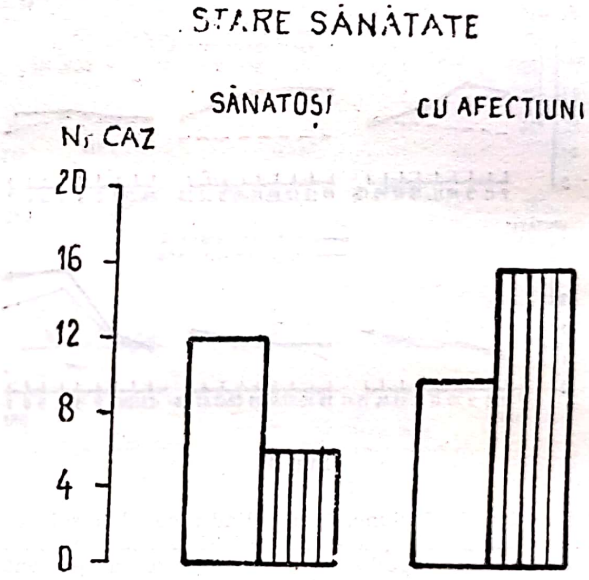


Fig. 8

The paper aimed at defining factors implied in adaptative processes to shiftwork with a view to the prophylaxy of maladaptation.

The study was carried out in a group of 54 panel operators in automated chemical and petrochemical industry and it took into account psychophysiological reactivity during the three shifts (reaction time, flicker fusion frequency, optic rheobase, attention test, heart, rate, oral temperature, blood pressure, self-estimating fatigue tests) ; symptoms of discomfort appearing during work and also general psychosomatic symptoms ; psychophysiologic profile of the operations (intro-extraversion text, Woodworth inventory, Praga distributive attention test and a test for concentrate attention, Astrand physical fitness test, recovery time after submaximal effort, cardiovasculary responses to body position change, etc.) ; social aspects and relations regarding the worker's situation at work and home ; health state.

Results revealed some peculiar aspects of adaptation to shiftwork implying monitoring and control activity and showed the factors having a greater weight in adaptability : physical fitness, personality features, health state, sleeping time.

Scanned with OKEN Scanner

ASPECTE DE EPIDEMIOLOGIE PSIHIATRICĂ ÎN MEDIUL INDUSTRIAL TEXTIL

V. Predescu, A. Prica, Şt. Nica-Udangiu, G. Meiu, I. Popovici, O. Hanganu, A. Nedelcu, A. Aloman

— Institutul de medicină şi farmacie — Bucureşti

În ultimul timp, pe plan mondial, s-a observat o modificare a morbidităţii în mediul industrial ; pe de o parte, scăderea incidenţei bolilor profesionale, a intoxicaţiilor şi a unor boli somatice neprofesionale ca tuberculoza pulmonară, iar, pe de altă parte, o creştere progresivă a frecvenţei afecţiunilor psihice nevrotice şi psihotice. Subliniem de la început că această creştere a numărului de boli psihice la populaţia din industrie nu trebuie privită ca un fenomen izolat, ci va fi înţeleasă în contextul creşterii morbidităţii psihiatrice la nivelul întregii populaţii. De asemenea, vom avea în vedere că mijloacele terapeutice moderne permit reinserţia unui mare număr de bolnavi psihici, reîntoarcerea acestora după tratament în circuitul productiv.

Gillon sublinia, cu ocazia unui simpozion de igienă mentală, că importanţa psihoigienei în industrie este recunoscută, însă „cunoaşterea problemei rămîne cel mai adesea vagă".

Studile epidemiologice privind incidenţa maladiilor psihice în industrie apar încă destul de rar în literatura de specialitate, mai frecvente fiind cercetările aspectelor sociologice, psihologice şi de igienă mintală.

Dintre diversele studii de epidemiologie psihiatrică în mediul industrial amintim pe următoarele :

— studiul efectuat de Russel Fraser (1947) în Anglia la un număr de 3000 muncitori din 13 uzine, care au fost interogaţi şi supuşi şi la un text de inteligenţă. Rezultatele studiului au relevat o cifră de 30% tulburări nevrotice : 10% nevroze care antrenau încetarea muncii (9,1% la bărbaţi şi 13% la femei) şi 20% „forme minore de nevroze" (19,2% la bărbaţi şi 23% la femei) ;

— studiul lui Cazullo (1948) în Italia la uzinele Fiat pe 707 salariaţi şi care a întîlnit 48% „psihonevroze" ;

— studiul efectuat de Revault d'Allonnes (1953) în Franţa care a semnalat la ţesătoarele uzinei din Roanne 39,6% tulburări psihice nevrotice şi psihotice, iar la alte muncitoare din uzină, 27,7% (muncitoare care nu aveau meseria de ţesătoare). Un procentaj mai mic a găsit, de asemenea, şi în industria de hîrtie (24,4%) şi în fabricile de încălţăminte 19,6%), iar la ţesătoarele de la alte fabrici vecine a întîlnit cifre asemănătoare (43% — 34,5% — 37,8%), cu excepţia uneia din ele situată la ţară (24,4%) ;

— studiul realizat de Savicevic şi Kilibarda în Iugoslavia (1971) care la o populaţie industrială de 1963 subiecţi au găsit 16,1% tulburări psihice, dintre care 85,8% erau nevrotici, 8,2% psihopaţi, 1,6% psihotici şi 4,4% debili mintali.

Încă din 1959 o grupă de experţi ai O.M.S. au publicat un raport în care sînt expuse o serie de probleme de sănătate mintală legate de mecanizarea muncii şi de automatizare şi în care se subliniază că avantajele evidente ale dezvoltării industriei sînt însoţite uneori şi de unele efecte negative şi este necesar de a face eforturi pentru a „studia aceste inconveniente pentru a le preveni sau a le reduce la minim".

Solicitarea profesională şi factorii sterssanţi uzinali nu constituie decît o parte din „constelaţia" care explică apariţia tulburărilor psihice la persoanele care lucrează în mediul industrial, în majoritatea cazurilor adăugîndu-se o serie de psihotraume extrauzinale. De asemenea, structura diferită a personalităţii explică de ce, în aceleaşi condiţii, unii subiecţi se adaptează cu succes şi numai o parte ajung la îmbolnăvire. Majoritatea indivizilor, chiar în condiţiile unei permanente solicitări psihosenzoriale ale timpului nostru, îşi păstrează sănătatea psihică printr-o adaptare activă la modificările survenite la locul de muncă, în situaţia lor socio-familială, etc. Acest fapt subliniază marile posibilităţi de adaptare ale omului, însă nu ne putem mulţumi cu constatarea că pentru fiecare situaţie organismul va găsi singur soluţiile adaptative. Incidenţa crescută a bolilor psihice în mediul industrial obligă la intensificarea cercetărilor în acest domeniu şi la găsirea mijloacelor de a le preveni ori de a le reduce la minim.

MATERIAL ŞI METODĂ

Începînd din anul 1972 colectivul nostru a întreprins o serie de cercetări epidemiologice în trei întreprinderi textile din Capitală. La prima întreprindere (de filatură cu 2187 salariaţi) s-a efectuat (1972/1973) numai un studiu de tip pasiv, bazat pe cercetarea certificatelor medicale şi a consultaţiilor consemnate la fişierul medical al întreprinderii (înregistrînd cazurile cu tulburări psihice din ultimii 2 ani). La a doua întreprindere (de filatură cu 1580 salariaţi) (1974) şi la a treia (de confecţii şi tricotaje cu 2127 salariaţi) (1975/1976) am realizat studii epidemiologice complexe, combinînd metoda pasivă cu metodologia activă de depistare a tulburărilor psihice. Studiul prin metoda activă s-a desfăşurat în mai multe etape. În prima etapă s-a aplicat la toţi salariaţii întreprinderii un chestionar pentru depistarea suspecţilor de afecţiuni psihice (screening) (chestionar care cuprindea o parte cu date biografice — sex, vîrstă, ocupaţie, şcolaritate, etc. — şi un număr de 42 de întrebări cu răspuns în sistem binar). Chestionarele au fost completate de către cadrele medii care au participat la cercetare, şi apoi analizate de un medic specialist psihiatru, care le-a grupat în 2 categorii : persoane suspecte de a avea tulburări psihice (cele cu un număr de peste 8 răspunsuri pozitive la întrebările despre eventualele simptome sau la una din întrebările de baraj : internare anterioară pentru tulburări psihice, tratament actual pentru tulburări psihice, eşecuri în timpul studiilor, stări de pierdere a cunoştinţei). În a doua etapă au fost consultaţi toţi subiecţii din categoria suspecţilor de către echipa de medici specialişti psihiatri prin examinare clinică, iar în unele cazuri, în scopul precizării diagnosticului, şi prin examinări biochimice, hematologice, electroenfalografice, psihologice. În urma examinărilor efectuate cazurile au fost împărţite în trei grupe : o primă grupă (cod o) cuprinzînd persoanele fără tulburări psihice a doua grupă (cod 1) alcătuită din subiecţi cu simptome izolate şi a treia (cod 2) cu persoane prezentînd diferite afecţiuni psihice. În încadrarea tulburărilor psihice s-a utilizat clasificarea internaţională a bolilor (O.M.S.) cu unele modificări la capitolul nevrozelor. În analiza datelor obţinute afecţiunile psihice au fost grupate în următoarele categorii : nevroze, psihopatii, sindroame mixte (sindroame de intensitate nevrotică însoţite de afecţiuni somatice sau stări mixte între nevroze şi psihopatii), psihoze, epilepsie, alcoolism, oligofrenii.

REZULTATE ŞI DISCUŢII

I. *Metoda pasivă.* La prima întreprindere s-a înregistrat o prevalenţă de 5,6%, la a doua 6,26%, iar la a treia 3,19%. Prevalenţa cea mai ridicată s-a întîl-

Scanned with OKEN Scanner

nit la afecțiunile nevrotice (reprezentînd 96%, 95,95%, 95,58% în cadrul morbidității prin boli psihice (tabelul nr. 1).

Tabelul nr. 1

Rezultatele studiilor epidemiologice prin metoda pasivă

Grupa de afecțiuni psihice	Întreprinderea II 1580 salariați		Întreprinderea III 2127 salariați	
	Nr.	Prevalență %	Nr.	Prevalență %
Tulburări nevrotice	99	5,88	63	2,96
Psihopatii	2	0,12	2	0,09
Psihoze	—	—	3	0,14
Epilepsie	3	0,18	—	—
Oligofrenie	1	0,06	—	—

II. *Metoda activă.* La întreprinderea a doua (filatură cu 1580 salariați : 1274 femei (80,63%) și 306 bărbați (19,37%) ; 1076 locuind în mediul urban (68,11%) și 506 în mediul rural (31,89%) s-au obținut în final date de la 1498 de persoane (6 au fost pensionați și 76 transferați) : 1108 subiecți fără tulburări psihice (73,96%), 208 cu simptome izolate (13,88%) și 182 cu boli psihice constituite (12,14%). La a treia întreprindere (confecții și tricotaje cu 2127 salariați) s-au obținut date de la 2025 persoane (13 transferați, 27 pensionați de vîrstă sau medical și 62 concedii de maternitate) : 1677 femei (82,88%) și 348 bărbați (17,18%). Studiul epidemiologic a evidențiat 69,38% persoane fără tulburări psihice (cod o), 15,11% subiecți cu simptome izolate (cod 1) și 15,50% afecțiuni psihice constituite (cod 2). Prevalența diferitelor afecțiuni psihice la a doua și respectiv la a treia întreprindere a fost după cum urmează : nevroze 4% și 3,8%, psihopatii 3,40% și 6,27%, sindroame mixte 3,93% și 4,90%, psihoze 0,13% și 0,29%, alcoolism 0,06% și 0,29%, epilepsie 0,20% și 0,34%, oligofrenie 0,40% (la a treia întreprindere nici un caz de oligofrenie).

(Tabelul nr. 2)

Tabelul nr. 2

Rezultatele studiilor epidemiologice prin metoda activă

Grupa de afecțiuni psihice	Întreprinderea II 2 025 subiecți investigați		Întreprinderea III 1 498 subiecți investigați	
	Nr.	Prevalență %	Nr.	Prevalență %
Fără tulburări psihice	1 108	73,96	1 405	69,38
Simptome izolate	208	13,88	306	15,11
Afecțiuni constituite	182	12,14	314	15,50
— nevroze	60	4	77	3,8
— psihopatii	51	3,4	127	6,27
— sindroame mixte	59	3,93	91	4,49
Total tulb. marginale	170	11,34	295	14,56
— Psihoze	2	0,13	6	0,29
— Alcoolism	1	0,06	6	0,29
— Epilepsie	3	0,20	7	0,34
— Oligofrenie	6	0,40	—	—

În grupa afecțiunilor nevrotice cu prevalența cea mai mare s-a întîlnit neurastenia : 3,20% la a doua întreprindere și 2,54% la a treia, iar prevalența nevrozei isterice a fost de 0,73% și respectiv 1,23% și a nevrozei obsesivo-fobice de 0,06% (la a treia întreprindere nici un caz cu nevroză obsesivo-fobică).

La neurastenie, deținînd procentul cel mai mare în cadrul morbidității psihiatrice, s-a urmărit și prevalența formelor ei clinice : forma simplă 1,6% la a doua întreprindere și 0,83%, la a treia ; forma depresivă 1,33% și respectiv 1,38%, anxioasă 0,13 și 0,24%, iar cenestopată 0,13 și 0,09%.

(metoda activă)

Tabelul nr. 3

Prevalența diferitelor forme de nevroză în mediul industrial

Tipul nevrozei	Întreprinderea II 1 498 subiecți investigați		Întreprinderea III 2 025 subiecți investigați	
	Nr.	Prevalență %	Nr.	Prevalență %
Nevroză obsesivo-fobică	1	0,06	—	—
Nevroză isterică	11	0,73	25	1,23
Neurastenie (total)	48	3,20	52	2,54
— forma simplă	24	1,60	17	0,83
— forma depresivă	20	1,33	28	1,38
— forma anxioasă	2	0,13	5	0,24
— forma cenestopată	2	0,13	2	0,09

III. *Comparație între datele obținute prin metoda pasivă și activă.* Metoda pasivă presupune o consultație spontană, iar metoda activă se bazează pe examinări „provocate", uneori chiar obligatorii. Fiecare din aceste metode prezintă o serie de avantaje și limite. La întreprinderea a doua, prevalența tulburărilor psihice obținută prin metoda activă (12,14%) a fost de aproximativ de 2 ori mai mare decît cea prin metoda pasivă, iar la întreprinderea a treia metodologia activă a depistat (15,50%) de aproximativ 5 ori mai multe afecțiuni mintale decît cea pasivă (3,19%). Prin metoda activă se înregistrează o serie de cazuri noi atît în grupa nevrozelor, cît și a psihozelor (tabelul nr. 4).

IV. *Comparație între rezultatele obținute la întreprinderea a doua și a treia.* Prin metoda pasivă prevalența afecțiunilor psihice la întreprinderea a doua (filatură) a fost de 6,26% iar la întreprinderea a treia de 3,19%. Această diferență se explică prin faptul că a doua întreprindere avea posibilități mai mari de adresabilitate, personalul avînd acces la o policlinică industrială din apropiere. Dimpotrivă, metoda activă de depistare a evidențiat o prevalență mai mică la întreprinderea a doua (12,14%) față de întreprinderea a treia (15,50%), diferență care credem că este legată de amplasarea întreprinderii, a doua la marginea orașului avînd un procent ridicat de persoane care locuiau în mediul rural (31,89%) (tabelul nr. 4).

V. *Comparație între studiile epidemiologice active efectuate în mediul industrial cu cele obținute în cercetarea epidemiologică în populația generală urbană (dintr-un sector din capitală).* Prevalența tulburărilor psihice în populația generală dintr-un sector din capitală (populația de peste 15 ani) a fost de 17,42% (iar procentul persoanelor cu simptome izolate 18,34%, iar al celor fără tulburări psihice 64,22%), deci mai mare decît prevalența tulburărilor psihice în mediul industrial (12,14% în întreprinderea a doua și 15,50% la întreprinderea a treia).

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul nr. 4

Comparaţia între datele epidemiologice obţinute prin metoda activă şi cea pasivă

Grupa de afecţiuni psihice	Metoda activă				Metoda pasivă			
	Întreprinderea I şi II				Întreprinderea I şi II			
	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%
Total tulb. psihice	182	12,14	314	15,50	99	6,26	68	3,19
Nevroze	60	4	77	3,8	15	0,94	63	2,96
Sindroame mixte	59	3,93	91	4,49	78	4,93	1	0,04
Psihopatii	51	3,4	127	6,27	2	0,12	2	0,09
Psihoze	2	0,13	6	0,29	—	—	3	0,14
Epilepsie	3	0,20	7	0,34	3	0,18	—	—
Alcoolism	1	0,06	6	0,29	—	—	—	—
Oligofrenie	6	0,4	—	—	1	0,06	—	—

Diferenţele sînt mai mari la grupa psihozelor (1,15% în populaţia generală, 0,13% în întreprinderea a doua şi 0,29% în a treia întreprindere) şi mult mai mici sau absente la tulburările psihice marginale (14,09% în populaţia generală, 11,34% la întreprinderea a doua şi 14,56% la întreprinderea a treia). (Tabelul nr. 5).

Tabelul nr. 5

Comparaţie între rezultatele studiilor epidemiologice în mediul industrial şi cele din populaţia generală urbană

Grupa de afecţiuni psihice	Întreprinderea II	Întreprinderea III	Populaţia generală (sector din capitală)
	%	%	%
Fără tulburări psihice	73,96	69,38	64,22
Simptome izolate	13,88	15,11	18,34
Boli constitutive	12,14	15,50	17,42
— Nevroze	4	3,8	6,78
— Psihopatii	3,4	6,2	2,94
— Sindroame mixte	3,93	4,49	4,37
— Psihoze	0,13	0,29	1,15
— Epilepsie	0,20	0,34	0,23
— Alcoolism	0,06	0,29	0,96
— Oligofrenii	0,40	—	0,85

VI. Frecvenţa cazurilor psihiatrice cu concedii medicale. La 2 127 salariaţi la întreprinderea a doua s-au întîlnit 68 cazuri cu consultaţii consemnate în fişierul medical al întreprinderii (metoda pasivă) (3,19%), dintre care numai la 31 subiecţi (1,45%) cu concedii medicale (în total 1 324 zile de incapacitate de muncă; în medie 42 zile pentru fiecare caz 0,62 zile/salariat al întreprinderii respective).

VII. Frecvenţa neurasteniei în funcţie de sex. Prevalenţa neurasteniei, ca şi în alte studii, am întîlnit-o mai mare la femei decît la bărbaţi (3,37% şi 1,63% respectiv la întreprinderea a doua).

VIII. Frecvenţa neurasteniei în funcţie de mediul în care locuiesc salariaţii. La întreprinderea a doua la cei 504 salariaţi care locuiau în mediul rural, deşi aceştia erau navetişti, prevalenţa neurasteniei a fost de 1,58%, pe cînd la cei 1 076 salariaţi care locuiau în urban prevalenţa neurasteniei a fost de 3,71%. Neurastenia este deci mai frecventă la cei care locuiesc în mediul urban.

IX. Prevalenţa afecţiunilor psihice în funcţie de secţie. La întreprinderea a doua (de filatură) numărul mai mare de cazuri cu afecţiuni psihiatrice s-a întîlnit în secţiile de ambalaj, deşeuri şi sortat ţevi, iar la întreprinderea a treia în secţia de bobinat şi secţia rachel. Din această constatare nu se poate însă trage concluzia că în aceste sectoare există condiţii patogene deosebite, deoarece prevalenţa crescută poate fi explicată şi de faptul că aici sînt încadraţi de la început sau sînt dirijaţi ulterior subiecţii cu indicaţii pentru locuri de muncă mai uşoare.

CONCLUZII

1. Prevalenţa afecţiunilor psihice în mediul industrial este destul de ridicată (12,14%—15,50%), însă este mai mică decît în populaţia generală (17,42%);
2. În cadrul morbidităţii psihiatrice procentul cel mai ridicat îl deţin afecţiunile psihice marginale (nevroze, psihopatii, sindroame mixte, care ocupă 93,50% din cazuri): Prevalenţa acestor grupe de afecţiuni psihice este de 11,34%—14,56%; nevroze 3,8—4%; psihopatii 3,4—6,27%; sindroame mixte 3,93—4,49%;
3. Psihozele se întîlnesc mult mai rar în mediul industrial (0,13%—0,29%) decît în populaţia generală (1,15%);
4. Prin metoda activă de depistare se obţine o prevalenţă a bolilor psihice de 2—5 ori mai mare decît prin metoda pasivă.

The results of an epidemiologic psychiatric study performed in three textile factories over the 1972—1975 period are presented. In the first unit (a spinning mill with 2 187 wage earners) an exclusively passive investigation was carried out on the basis of health certificates and examinations recorded in the respective medical card index. In the second unit (a spinning mill including 580 wage earners) and in the third one (ready-made clothes and knitwear factory with 2 127 wage earners) the active method of investigation (detection of the suspects of psychiatric diseases by means of a questionary, and their examination by psychiatrists) was used beside the passive one.

Prevalence of psychiatric affections, estimated by the passive method, was 5,6% in the first, 6,26% in the second and 3.19% in the third unit. The active method of detection, used in the second and the third units, disclosed higher prevalence: 12.14 and 15.5%, respectively. In the framework of psychiatric morbidity, the highest percentage was represented by the marginal psychiatric affections (neurosis, psychopathy, mixed syndrome): 11.34% (out of 12.14%) in the second and 14.56% (out of 15.50%) in the third unit. Far lower percentages were represented by psychosis and other psychiatric diseases: in the second and third units there were, respectively 0.13 and 0.29% cases of psychosis, 0.20 and 0,34% epilepsy, 0.06 and 0.29% alcoholism.

SFERA ȘI CONȚINUTUL NOȚIUNII DE ERGONOMIE CORECTIVĂ ÎN INDUSTRIA BUMBACULUI

P. Brânzei, V. Paraschiv, M. Șelaru, Mariana Paraschiv, N. Cosmovici, Maria Cosmovici

— Spitalul clinic de psihiatrie „Socola" — Iași

Industria bumbacului — ramură importantă și de bază în Industria ușoară — se caracterizează printr-o complexitate organizațională a locurilor de muncă, ceea ce a impus, ca o necesitate imediată organizarea științifică a muncii prin înființarea unei puternice rețele de colective specializate în studiul muncii, laboratoare de psihologia muncii, laboratoare zonale de selecție, orientare profesională și ergonomie.

Organizarea activității acestor nuclee specializate a impus imediat conturarea unei metodologii care să țină seama de specificul locului de muncă precum și de gradul de automatizare a acestora.

Locurile de muncă, de la operațiile de bază în acest sector industrial se prezintă sub forma unui sistem complex, semiautomatizat „om — mașină(i) — mediu", în care, forța de muncă feminină lucrează într-un regim de muncă în trei schimburi, într-un ritm impus de mașină și procesul tehnologic, în care poziția ortostatică predomină. Utilajele sînt astfel amplasate încît fiecare lucrătoare să deservească mai multe mașini, de același tip, într-o ambianță în care poluarea sonoră reprezintă o noxă profesională importantă, iar iluminatul și cromatica influențează atît randamentul cît și calitatea produsului. Halele industriale sînt concepute în așa fel încît să mențină un microclimat cerut de procesul tehnologic (temperatură, curenți de aer, umiditate, puritatea aerului etc.).

Pentru deservirea mașinilor, forța de muncă necesită o calificare deosebită și o selecție profesională pe bază de examen psihologic care să depisteze și să aprecieze : acuitatea tactilă, vizuală și auditivă, discriminarea cromatică, spiritul de observație, atenția concentrată și distributivă, orientarea spațială, rapiditatea în cîmpul de decizie, dexteritatea și coordonarea manuală, viteza, randamentul, mobilitatea și ritmul fiziologic etc. De asemenea, pentru meseriile de bază sînt stabilite anumite contraindicații profesionale care favorizează actul de eșec adaptativ.

Analiza de diagnosticare a situațiilor neergonomice din industria bumbacului a scos în evidență necesitatea modificării acestora printr-o cercetare și organizare ergonomică a locurilor de muncă existente, folosind principiile și metodologia generală a ergonomiei de corecție, ca în etapa de proiectare a noilor locuri de muncă să se țină seama de concluziile obținute pentru a se introduce atestatul ergonomic încă în faza de proiectare.

În referatul ce urmează vom încerca să apreciem situația cercetărilor de ergonomie corectivă industrială, implicațiile lipsei unei metodologii valabile și pentru industria bumbacului, ca în final să oferim o schemă de modelare funcțională a locurilor de muncă din industria bumbacului, care de fapt reprezintă însăși sfera și conținutul noțiunii de ergonomie corectivă din acest sector industrial.

Sfera noțiunii de organizare ergonomică a unui loc de muncă în industrie se lărgește continuu, dacă avem în vedere începuturile ergonomiei care erau orientate numai spre o organizare tehnico-materială a unui loc de muncă, incluzînd discipline destul de deosebite una de alta, cu metologii specifice. Nu încercăm să stabilim numărul aproximativ adecvat al acestor discipline, precizăm numai că el poate să crească în mod impresionant.

Ce ni se pare deosebit de important însă, atît în organizarea cercetării ergonomice, cît și în stabilirea coordonatelor ergonomice ale unui loc de muncă, este structura unei metode de integrare a acestor discipline, structurarea unui model științific de orientare în cercetarea ergonomică, un model care să faciliteze clarificarea scopului concret al cercetării științifice ergonomice pentru orice loc de muncă.

În general, șantierul cercetării multidisciplinare a unui loc de muncă, dacă ne referim la rezultatele la care se ajunge în final, capătă un aspect de conglomerat insular, cu puternice tendințe de comunicație reciprocă, cerut de însăși organizarea ergonomică a unui loc de muncă.

Rămîne însă deschisă întrebarea : *pe ce coordonate își va orienta cercetarea multidisciplinară rezultatele obținute ?*

Am putea susține că există o contradicție între caracterul unitar al scopului organizării ergonomice a unui loc de muncă și mijloacele disparate care urmează să realizeze acest scop. Dar această contradicție există atît la nivelul cercetării, cît și la nivelul realității locului de muncă, al realizării concrete a unității organizatorice, în sens larg, a locului de muncă.

Exprimîndu-ne la nivel științific consacrat, există la fenomenele reale și metodologice de cercetare de care ne ocupăm, *contradicții atît în metodă cît și în obiect.*

Ergonomia în stadiul actual de dezvoltare continuă încearcă să-și rezolve contradicțiile din obiect fără să fi rezolvat însă contradicțiile din metodă.

Clasificarea cercetărilor ergonomice după Maurice de Montmollin în preventive și corective ale produsului și procesului de producție, de laborator și de teren, salvează oarecum carențele unei metode generale, reflectînd parcă în ontogeneză evoluția filogenetică a ergonomiei.

Putem afirma cu certitudine că afluența disciplinelor umaniste și sociale în ergonomie este factorul hotărîtor care a lărgit considerabil orizontul și în același timp, fiind dacă complexitatea unghiurilor de cercetare, ridică cu acuitate problema unei metodologii generale, a unui model științific de ordonare a cercetării ergonomice multidisciplinare, de stabilire unitară a coordonatelor ergonomice a unui loc de muncă.

Prin conceptul structural, sistemul „om—mașină", în relația sa biunivocă „Psihologia muncii" și „Psihologia inginerească", se stabilește primul model (încă simplu) de abordare științifică și în același timp umană a aspectelor complexe ale muncii.

Adecvarea, armonizarea, optimizarea și sincronizarea reciprocă între om și mașină, devin preocupări ale producătorilor, ale oamenilor de știință și, la nivel logic, metodologic se operează prima sistematizare — unilaterală deocamdată — a obiectului cercetării și anume, munca.

S-au constituit metodologii clare, separate, pentru determinarea modificărilor produse de oboseală, cu ajutorul aparaturii de înregistrare a diferiților parametri biologici, s-au pus la punct metode psihologice experimentale cu care se studiază condițiile de reflectare și prelucrare a informației, activitatea de răspuns, precum și factorii ce influențează asupra procesului de vigilență, se utilizează pe scară largă metode pentru aprecierea aptitudinilor pe meserii și operații, precum și criterii științifice în proiectarea

Scanned with OKEN Scanner

şi construirea maşinilor şi uneltelor care să corespundă datelor antropometrice.

Urmărindu-se o corespondenţă univocă a factorilor umani şi mecanici, aspectele complexe ale muncii fiind reduse la aceste două, (specificăm aceasta numai la nivel metodologic), conceptul de sistem „om—maşină" nu implică inerţia unei metodologii unitare, acest concept reprezentînd doar o secţiune a obiectului de referinţă, munca.

Structurarea muncii în sistemul „om—maşină", reprezintă istoric şi parţial metodologic, baza de plecare a structurării ergonomice a muncii, constituie nucleul în jurul căruia gravitează totalitatea aspectelor muncii.

Includerea mediului fizic, în sens strict — şi cel social în sens larg, în sfera conceptului de sistem „om—maşină", transformarea acestuia în „om—maşină—mediu", deschide orizontul cuprinderii totalizatoare a aspectelor muncii. La acest nivel de structurare a muncii — munca ca fenomen social complex, în totalitatea relaţiilor sale fizice şi umane — se poate erija conceptul de ergonomie, metodologie de organizare a unui loc de muncă

Omul, în acest sistem complex, nu mai este privit sub aspectul aptitudinilor profesionale, ci în relaţie cu totalitatea factorilor muncii, incluzînd aspecte de consum energetic, mişcarea şi poziţia corpului în procesul muncii, (fiziologia muncii, studiul muncii) şi pînă la aspecte de integrare profesională, de satisfacţie, de educaţie profesională, de evidenţiere şi realizare a personalităţii umane, corelate cu elemente legate de randament şi productivitate, de activitate în general, de conducere şi organizare, de ambianţă fizică şi socială etc.

Orizontul cercetării ergonomice şi a organizării ergonomice a unui loc de muncă capătă un cadru extrem de complex.

Structurarea muncii, a locului de muncă, prin sistemul „om—maşină—mediu" (mediu în sens larg) deschide un cîmp vast de investigaţie la nivel metodologic, un şantier analitic disperat în discipline foarte deosebite, un fenomen metodologic pe care l-am punctat şi la începutul studiului.

Se pune întrebarea : *Există posibilitatea fundamentării unei metodologii unitare în condiţiile unor discipline atît de variate.* Întrebarea pare de prisos pe plan idiativ, dar de un real folos pe plan aplicativ în industria bumbacului.

În cadrul cercetării ergonomice, metodologia cercetării nu este determinată atît de obiectul cercetării (munca) cît de scopul cercetării, organizarea ergonomică a unui loc de muncă.

Conceptele de sistem *om-maşină-mediu"*, acela de *structurare a muncii,* sînt noţiuni de bază care conturează sfera şi conţinutul conceptului larg de organizare ergonomică, caracterizîndu-se pe lîngă sfera sa analitică *prin dinamică, prin funcţionalitate.*

Un model ştiinţific de dinamică a organizării, de funcţionalizarea organizaţională, ne-ar putea oferi coordonatele organizării rezultatelor analizei unui loc de muncă considerat ca un sistem organizaţional, care la nivelul realităţii poate constitui organizarea ergonomică a unui loc de muncă.

Acest model a fost deja lansat şi apreciat, în sfera metodologică a sociologiei generale, încărcat însă cu un puternic balast ideologic, ca modalitate generală, globală, de cercetare şi interpretare a realităţii sociale, de către sociologul american Talcott Parsons. Dacă la nivelul societăţii, privită ca un macrosistem social, acest sistem nu poate fi acceptat, la nivelul mirosistemelor, modelul devine un instrument metodologic deosebit de fructuos. În conformitate cu acest model, orice loc de muncă, atelier, secţie, sector, întreprindere — în cazul nostru în industria bumbacului — este cotat ca un microsistem social.

* * *

Folosindu-ne de aceste consideraţii să încercăm a prezenta modelarea funcţională a unui loc de muncă — cu caracteristici ale industriei bumbacului — după schema operatorie de „sistem social".

Modelul de sistem social, spre deosebire de sistemul „om-maşină" şi de sistemul „om-maşină-mediu" este structurat funcţional, am putea spune că structurează dinamica interioară a realităţii cercetate, în cazul nostru a muncii.

Caracteristicile modelului de sistem social sînt deci funcţionale, modelul reflectînd în sine aspecte esenţiale ale structuralismului funcţionalist.

Microsistemul social — deci orice loc de muncă din industria bumbacului — este definit prin trei coordonate funcţionale. Spre deosebire de sistemul cibernetic, care funcţionează perfect, sistemul social este caracterizat prin :

— existenţa fenomenelor de *perturbaţie* (în interiorul şi din exteriorul sistemului)

— capacitatea de *autoreglare* a realităţii cu realizarea scopului, prin fenomenul „feed-back" ;

— structurarea unei *maxime stabilităţi* în fluxul perturbaţiilor.

Sînt trei coordonate vectoriale specifice unui loc de muncă, care pot orienta cercetarea ergonomică, pot ordona rezultatele cercetării fiecărei discipline ergonomice în parte, deci a rezultatelor multidisciplinare, pot clarifica însuşi conceptul de organizare ergonomică a unui loc de muncă, în aspectul său dinamic şi funcţional.

Dacă unui loc de muncă îi fixăm fluxul perturbaţiilor în toată complexitatea lui, cu ajutorul tuturor disciplinelor ergonomice, de asemenea şi posibilităţile lui de autoreglare în relaţia cu scopul, deci concretizarea relaţiei „feed-back" şi îi determină în ansamblu (incluzînd aspectele statice şi dinamica) coeficienţii unei maxime stabilităţi, am putea afirma că am realizat o organizare ergonomică a locului de muncă respectiv.

Modelul de sistem social, în condiţiile actuale ale modelării ştiinţifice, pare să fie cel mai adecvat realităţii complexe care este munca umană în ansamblul relaţiilor sale, privită ca o relaţie socială, devine modelul care poate oferi o unitate a cercetării multidisciplinare cum este ergonomia, este *un model de orientare a cercetării, şi în acelaşi timp de ordonare a rezultatelor cercetării.* La nivel logic l-am putea denumi „concept de funcţionalitate organizaţională a unui loc de muncă", care într-o anumită aproximaţie poate reprezenta, provizoriu, conceptul de organizare ergonomică a unui loc de muncă din industria bumbacului şi nicidecum conceptul de organizare ergonomică în general, care rămîne deschis progresului civilizaţiei, a umanităţii.

Intervenţia şi ipoteza propusă nu poate fi considerată decît un punct de vedere în cadrul general al preocupărilor de a fixa unele repere în metologia cercetării ergonomice şi în special în organizarea ergonomică concretă a unui loc de muncă, atît de complex, cum este cel din industria bumbacului.

După cum reiese din afirmaţiile expuse în premisele teoretice ale acestei modelări, elementele de structură ale unui loc de muncă sînt corelate funcţional, acesta fiind văzut ca un întreg funcţional, în care factorii umani, tehnici şi organizatorici sînt supuşi unui grad, mai mic sau mai mare de perturbaţii, unde au loc autoreglări (care nu apar de la sine ca în sistemul cibernetic), conştientizaţi de factori organizatorici ai sistemului, în relaţie cu funcţiunea lui normală, deci cu realizarea sarcinilor sistemului, ca elemente de relaţie „feed—back". De asemenea, fiecare element al locului de muncă văzut în cadrul lui funcţional ca parte a unui întreg care funcţionează, va trebui să capete un coeficient de stabilitate maximă, în relaţie

Scanned with OKEN Scanner

cu întregul, deci în situația reală a locului de muncă dat, ca niște normative ideale pe care ar trebui să le realizeze orice loc de muncă.

Deci modelarea unui loc de muncă, ca un întreg, cu cele trei caracteristici (perturbare, autoreglare, coeficienți de maximă stabilitate) permit o viziune de ansamblu, ne obligă la o corelare funcțională a tuturor elementelor care devin specifice fiecărui gen de loc de muncă, oferă posibilitatea de a ierarhiza elementele locului de muncă printr-o clasificare dinamică și statică a acestor elemente în final, fundamentarea corelațiilor ergonomice ale locului de muncă cercetat, care nu poate să rezulte decît dintr-o viziune funcțională a întregului complex al elementului locului de muncă și la nivelul echipei ergonomice de cercetare dintr-o unitate funcțională a coordonării obiective a cercetării.

În schema ce urmează vom creiona structurarea funcțională a elementelor unui loc de muncă din industria bumbacului. Ea va cuprinde :

— relațiile funcționale de bază ale elementelor locului de muncă ;
— distribuția progresivă a relației fundamentale ;
— perturbațiile fiecărui element ;
— coeficienții de maximă stabilitate (aceștia fiind cantificați în urma cercetării concrete). Evidențierea elementelor statice și dinamice ne va permite de la început o structurare funcțională a factorilor sistemului.

Din relația fundamentală desprindem următoarele relații și distribuții progresive :

a) *Aptitudini* — atitudini — calificare — randament (productivitatea executantului) ;

b) *Mișcările și poziția executantului* corelat cu „a" — solicitările de poziție și mișcare ale mașinii care determină randamentul executantului și mașinii ;

c) *Consum energetic* — modificări metabolice specifice — modificări metabolice în general — stress psihic, corelat cu [a+b] care determină oboseala și randamentul executantului și mașinii ;

d) Corelația [a+b+c] determină relații de bază în măsurarea timpului de muncă și măsurarea productivității executantului și a mașinii, concretizînd *norma*, inclusiv eficiența umană (relația „se va reveni mai tîrziu în alte corelații).

e) Corelația [a+b+c] în relație cu *uzura morală și tehnică a mașini, întreținerea,* influențează asupra randamentului ;

f) Corelația [a+b+c+e] în legătură cu *variația tehnologiilor,* progresul tehnic, conturează randamentul executantului și mașinii ;

g) Corelația [a+b+c+e+f] împreună cu *aprovizionarea și conducerea tehnico-organizatorică* estompează calitatea și cantitatea randamentului ;

h) Corelația [a+b+c+e+f+g] la care se adaugă *mediul fizic, biologic, estetic și psiho-social,* are repercursiuni asupra oboselii și randamentului ;

i) Corelația [a+b+c+e+f+g+h] în strînsă concordanță cu *calitatea producției și a muncii implică personalitatea, responsabilitatea, cîmpul de decizie și randamentul ;*

j) Corelația [a+b+c+d+e+f+g+h+i], cumulate cu datele generale ale productivității executantului, mașinii, a tehnologiilor, dă *normă* de producție ;

k) Aspectele perturbării în corelația [a+b+c+d+e+f+g+h+i+j] dau factorii constitutivi ai *conflictului profesional ;*

l) Coeficienții de maximă stabilitate în factorii și corelația [a+b+c+e+f+g+h+i] duc la determinarea *eficienței umane care este egală cu satisfacția obiectivă* (satisfacția obiectivă = corelația i + motivația alegerii profesionale) ;

m) Satisfacerea obiectivă + motivația alegerii profesiunii, corelate cu aspecte familiale, condițiile societății globale-materiale (exprimate în civilizație), inclusiv politica de remunerare, determină satisfacția generalizată, obiectivă și subiectivă. *Satisfacția subiectivă* reprezintă față de satisfacția obiectivă la care se adaugă gradul de apreciere al valorilor de civilizație ;

n) Productivitatea executantului + productivitatea mașinii duce la calculul productivității muncii (în sens organizatoric și tehnic ca progres tehnic) determină *eficiența economică a locului de muncă ;*

o) Norma apare ca o instalare obiectivă a coeficientului profesional. Eficiența umană reprezintă stabilitatea obiectivă a conflictului profesional. Conflictul profesional îmbracă două aspecte de perturbație și de stabilitate obiectivă.

În concluzie putem aprecia că, cu ajutorul acestor corelații se poate stabili o „matrice ergonomică" a locului de muncă, care trebuie să cuprindă elementele statice și dinamice ale locului de muncă.

Multitudinea elementelor locului de muncă, după schema operatorie de „sistem social" apare într-o clasificare dihotomică :

— elemente statice de maximă stabilitate ;
— elemente dinamice de maximă stabilitate.

În funcție de tipul, specificul și funcționalitatea locului de muncă, profilul acestuia, putem scoate în evidență elementele statice de maximă stabilitate, subliniind faptul că acestea sînt valabile numai locurilor de muncă din industria bumbacului :

— nivelul aptitudinal cerut de solicitările mașinii și metoda de muncă ;
— mișcări și poziții ale executantului (prin raționalizare) ;
— solicitări de poziție și mișcări ale mașinii și uneltelor (ca ceva dat) ;
— solicitările produselor muncii (prin metoda de raționalizare dată) ;
— solicitările circulației produselor muncii (solicitări prin raționalizare) ;
— consum energetic raționalizat (legiferat prin norme republicane) ;
— modificări fiziologice în general ;
— zgomot (în interiorul sau exteriorul locului de muncă) ;
— vibrații (interne sau externe) ;
— cromatica spațiului, mașinii, echipamentului de lucru, a produselor muncii.

În afară de aceste elemente locurile de muncă din industria bumbacului se mai caracterizează și prin altele de natură dinamică și mobilă.

Elementele dinamice de maximă stabilitate :

— *calificarea* corelată cu dezvoltarea aptitudinilor, calitatea și durata școlarizării, transformări biologice pe durata de lucru în funcție de graficul executantului, cadrul organizatoric, satisfacții subiective și obiective, productivitatea executantului ;

— *productivitatea executantului* în legătură directă cu calificarea, uzura morală și fizică a mașinii, întreținere, caracteristici tehnologice, cadru organizatoric, calitatea materiilor și materialelor produselor muncii ;

— *stress psihic* combinat cu uzura morală și fizică a mașinii, dificultăți tehnologice, calitatea materiilor și materialelor, cadrul organizatoric, satisfacție subiectivă și obiectivă ;

— *oboseala* determinată de stressul psihic ;

— *norma* ca integrare obiectivă în conflictul profesional ;

— uzura morală și fizică a mașinii în strînsă legătură cu tehnologia, aprovizionarea, calitatea materiilor și materialelor, piese de schimb, reparații, întreținere, calitatea produselor ;

— *tehnologiile ;*
— conducerea tehnico-materială ;
— productivitatea muncii ;
— *progres tehnic ;*
— iluminat funcțional ;
— noxe biologice ;
— cromatica funcțională a spațiului ;
— distribuția estetică în spațiu ;
— *mediul psiho-social* determinat de stressul psiho-

Scanned with OKEN Scanner

social, relaţii interpersonale, relaţii de colaborare, fluctuaţie, absenteism, integrare profesională (aspecte subiective şi obiective), funcţionalitatea deciziei, aspecte psihologice ale deciziei, capacitatea de decizie a organizatorilor, solicitările de decizie, structura faţă de muncă şi a factorilor organizatorici.

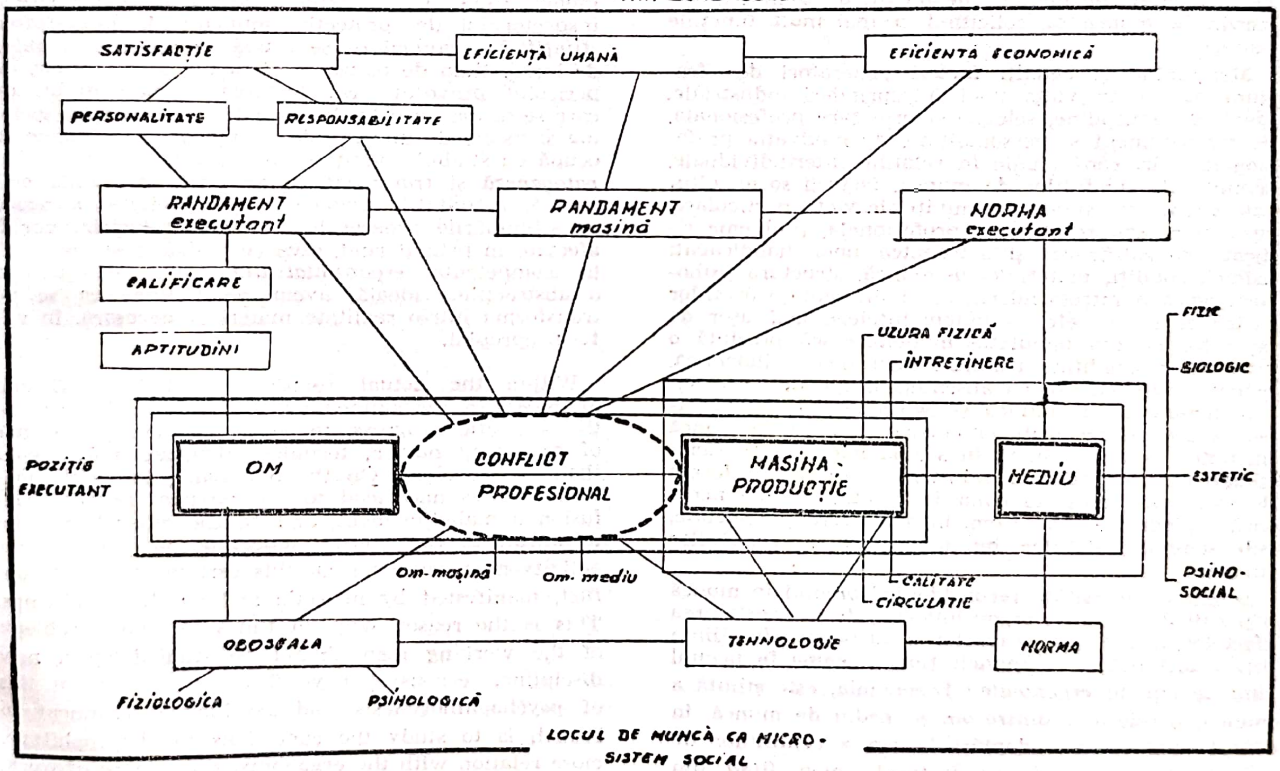
* * *

Elementele şi relaţiile funcţionale concrete, specifice Industriei Bumbacului, structurate şi modelate după schema operatorie de „sistem social" conturează şi conţinutul ergonomiei de corecţie din acest sector industrial, precum şi metodologia cercetării şi organizării ergonomice a locurilor de muncă.

Spre deosebire de metodologia clasică elaborată de Ministerul Muncii, care se rezumă mai mult la „metoda de muncă", la aprecierea muncii prin măsurarea timpului de muncă, prin ameliorarea ambianţei uzinale şi a microclimatului, modelul propus ia în considerare toate elementele existenţei. În această situaţie rolul psihologului industrial, în echipa ergonomică completă, nu se reduce numai la întocmirea profesiogramelor, la analiza psihologică a locului de muncă, la selecţie şi orientare profesională. Psihologul poate interveni atît în adaptarea maşinii la om şi a omului la munca sa, la menţinerea şi refacerea capacităţii de muncă, în aşa fel încît munca să devină o satisfacţie subiectivă şi obiectivă în care să se evidenţieze şi să se realizeze plenar personalitatea umană.

Orice cercetare devine şi rămîne valabilă în momentul cînd este aplicativă. Referindu-ne la modelul propus, aplicat în producţie la un număr de 11 locuri de muncă din Industria Bumbacului s-a obţinut o eficienţă economică de peste 1,5 miliarde lei, prin mărirea productivităţii, sporirea producţieei şi economie la fond salarii prin reducere de personal. De asemenea, s-a obţinut o eficienţă umană prin crearea unui confort la locul de muncă, prin diminuarea şi eliminarea factorilor care defavorizează activitatea de producţie, s-a micşorat numărul îmbolnăvirilor profesionale şi a morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă, s-a redus consumul energetic şi s-au eliminat, în parte, factorii care produc fenomenul de suprasolicitare în muncă.

RELAŢII FUNCŢIONALE DE BAZĂ ALE ELEMENTELOR LOCULUI DE MUNCĂ DIN INDUSTRIA BUMBACULUI



PSIHIATRIE ŞI ERGONOMIE

Al. Olaru, I. Bălan
— *Spitalul de psihiatrie — Craiova*

Ergo-psihiatria (psihiatria muncii) încearcă să răspundă întrebării dacă se pot stabili raporturi de cauzalitate directă între o anumită prestaţie, între condiţiile acesteia, şi o anumită suferinţă psihică, dacă boala psihică este produsă sau declanşată de impactul muncitor şi o situaţie dată în munca sa sau, în termeni mai generali, dacă activitatea are un efect nociv asupra sănătăţii mintale a muncitorilor şi, în caz afirmativ, cum se poate îndepărta această nocivitate printr-o adaptare optimă a omului la munca sa?

Munca industrială caracterizată prin folosirea maşinilor, a automatizării şi a tehnicilor de mare rafinament nu poate renunţa la participarea umană. Muncitorul angrenat în producţia industrială modernă este

din ce în ce mai puțin solicitat muscular, și din ce în ce mai mult solicitat mintal. Astfel, nu va mai apare ca un paradox faptul că agresivitatea asupra părții somatice a muncitorului, urmare a progresului tehnic al medicinii, este într-o scădere evidentă, în timp ce agresivitatea asupra funcțiilor psihice este în creștere. Aparatul adaptiv, funcțiile psihice și structura nervoasă de care depind, nu a evoluat în același ritm cu solicitările psihice impuse de progresul tehnicilor productive. De aici, o primă consecință ce ne introduce în domeniul psihiatriei: *tulburările de adaptare* ale omului la hipertehnicizare, cu anxietatea însingurării într-o lume ce îi apare tot mai străină. Sarcinile noi ce trebuie împlinite sînt însoțite de tot atîtea piedici ce trebuie depășite în planul activității psihice generînd suferințe de *intensitate nevrotică*, ce au afectat muncitorii din industrie în proporție de 30—40% după Russel, Frazer, Alphen de Veer. Structura morbidității profesionale urmează aceeași lege a amenințării vieții psihice și a integrității sistemului nervos de către progresul tehnic relevînd o frecvență a *nevrozelor și psihozelor* de pînă la 30—40% din procentul morbidității generale din industrie. Efectele tehnicizării extreme produse de monotonia actelor automate vor fi solicitate în viitor mașinii. Sarcinile muncitorului de mîine vor fi axate pe elementele de noutate, de inedit, de schimbare ce survin în munca sa, solicitînd și mai mult funcțiile psihice.

Menționînd și ceilalți factori generatori de afecțiuni psihice în viața unei întreprinderi industriale, legați de aptitudine, selecție și orientare profesională, de temperament și personalitate, de motivația profesională, stări conflictuale în relațiile interindividuale, schimbările condițiilor de muncă, factorii socio-culturali, situații stressante, intimități ale vieții particulare, readaptare sau recalificare profesională, probleme ridicate de calificarea și activitatea unor handicapați psihici, condiții materiale de muncă, structura psihosociologică a întreprinderii, ca și influența variațiilor factorilor sociali etc. — putem înțelege mai ușor de ce o treime din populația muncitorească prezintă o evidentă morbiditate psihică: nevrotică, psihopatică, psihotică, toxietilică, cu absenteism, zile de incapacitate temporară de muncă și pensionări de boală. Această dimensiune psihopatologică a omului în muncă nu putea rămîne neluată în seamă mai ales în funcționarea întreprinderilor industriale, ce tind la o formă de socializare crescută chiar în capitalism. Era necesară o pledoarie pentru om, întreprindere și societate, sub semnul relațiilor de umanizare a condițiilor muncii.

Semnalul necesității reconsiderării omului în muncă a pornit de la datele ergopsihiatriei, de la constatarea efectelor, a înțelegerii cauzelor și au poposit în știința organizării optime a muncii ținînd seama în primul rînd de om, în *ergonomie!* Ergonomia, este știință a muncii, a relațiilor dintre om și mediu de muncă, în sensul unei optime adaptări la om a condițiilor de muncă. Accentul cade pe factorul uman, fiind, din acest punct de vedere, o *știință antropologică*. Avînd drept obiect omul în muncă, utilizează informații din alte discipline: date de fiziologie și psihologie a muncii asupra limitei și condițiilor de adaptare a omului, date din ecologie, biochimie, din igienă, boli profesionale, neurologie și din ce în ce mai mult din psihiatrie, sociologie, economie politică, date tehnice și inginerești, date social-culturale etc., menite să ușureze și să umanizeze munca umană. Știință interdisciplinară a organizării muncii în activitate, ergonomia este o *antropoergonomie* urmărind în același timp două obiective principale: *pentru muncitor* un randament maxim cu minimum de efort, în condiții materiale, psihologice și sociale care să reducă sau să elimine riscul patogen, iar *pentru întreprindere* o maximă productivitate și profit economic, care se răsfrînge și asupra muncitorului.

O *legislație a muncii*, de protecție socială și sanitară, reglementează protejarea muncitorului în raporturile sale cu întreprinderea unde lucrează. Ministerul Sănătății, prin serviciile medicale de întreprinderi și serviciile medicale de specialitate acordă asistența curativă, iar Ministerul Muncii, prin serviciile de protecția muncii și cabinetele de medicina muncii sînt însărcinate să organizeze munca în acord cu informațiile ergonomice de optimizare reciprocă: adaptarea muncii la om și omului la muncă.

După *Sivadon* ergonomia se bazează pe patru discipline fundamentale și aplicative, cărora o adăugăm pe a cincea: *ergopsihiatria;* 1. *fiziologia muncii*, ce se ocupă cu studiul celor mai bune mijloace de îndeplinire a unei sarcini și care interesează mediul de întreprindere; 2. *psihologia muncii*, ce se ocupă cu studiul timpului de reacție, capacitatea atenției, gradul de percepție, comprehensiunea, memoria actelor, temperament, caracter, personalitate etc.; interesează psihologul și medicul de întreprindere; 3. *igina muncii*, ce se ocupă de local, amplasare, ateliere, condiții de muncă, poluare etc., toate problemele de protecția muncii fiind în legislația noastră o preocupare a inspectorului de protecția muncii; 4. *organizarea științifică a muncii* ce se ocupă de calculul timpilor de lucru, timp de pauză și economie a mișcărilor, de pericolul provocat prin forțarea randamentului, de care se ocupă un colectiv format din economist, sociolog și medic de întreprindere; 5. *ergopsihiatria*, ce se ocupă cu studiul condițiilor de *psihoprofilaxie, psihopatogeneză* și *tratament* ce se ivesc în relația om-muncă, activitățile psihice fiind solicitate în acord cu schimbările progresului tehnico-industrial vor fi afectate în primul rînd, ceea ce obligă a se face apel la competența *ergopsihiatrului*, care, deocamdată o abstracțiune ideală, avem certitudinea că se va transforma într-o realitate materială necesară, în viitorul apropiat.

Within the actual relation MAN-NATURE and MAN-WORK determined by the high development of the scientific progress, in man's permanent struggle of mastering nature, technics advances much faster than anthropology. On the one hand, the gap man-technicalness may lead to a permanent psychic confusion a maladjustment, and on the other hand, the technicalness continously appealing to the psychic activity may cause within this certain states of conflict, manifested by neurotic and psychic sufferings. This is the reason why, in times to come problems of the working man should be studied by a new discipline, ergopsychiatry. The main aim of this of psychopathogenesis and psychiatric treatment in branch is to study the conditions psychoprophilaxy, close relation with the ergonomy, the science of work, of the relations between man and working back ground, with a view to a better adjustment of man to the working conditions. Thus both branches bring their contribution in achieving superior working conditions. Since in the centre of the preoccupations of these sciences is man, secondly, work and productivity, both belong to anthropology. Ergonomy, by studying the organisation of the work of an active man, and mostly by its aims of achieving a human condition within work, becomes even more an anthropoergonomy. It relies mainly on physiology, psychology, hygiene, scientific organisation of work and, finally, ergopsychiatry.

Scanned with OKEN Scanner

OBOSEALA INDUSTRIALĂ, FENOMEN ADAPTATIV SOCIO—PROFESIONAL

M. Şelaru, V. Paraschiv, N. Cosmovici, C. Postelnicu
— *Spitalul clinic de psihiatrie „Socola" — Iaşi*

Oboseala constituie un ansamblu de fenomene fizice sau - şi neuro-psihice care pot apare după o activitate de lungă durată, ca o reacţie normală sau de apărare a organismului, ce poate avea un caracter acut sau cronic şi în determinismul căreia sînt implicate o serie de mecanisme de origine subiectivă sau obiectivă, interne sau externe şi care se reflectă negativ asupra capacităţii de muncă prin diminuarea randamentului şi preciziei.

După Biroul Internaţional al Muncii, oboseala reprezintă „starea de slăbiciune fizică, nervoasă sau cerebrală, vizibilă sau interiorizată, reală sau imaginară, care diminuează capacitatea de muncă a executantului".

H. Piéron referindu-se la oboseală consemnează că: „Se desemnează sub această denumire generală un ansamblu de manifestări generale de muncă, printr-o funcţionare prelungită, depăşind o oarecare limită; oboseala unor organe, de exemplu a *unui muşchi* izloat căruia i s-a impus o contradicţie susţinută, sau contracţii repetate cu un ritm destul de rapid; oboseala unui *organism* executînd un travaliu ce cel al unei curse; oboseala unui *individ* supus la o muncă intelectuală prelungită. Manifestarea cea mai aparentă, considerată ca permiţînd o măsurare a oboselii, rezidă în *diminuarea randamentului* muncii, în scăderea capacităţii „funcţionale".

N. Sillamy consideră oboseala ca „... impresia de slăbiciune şi diminuare a capacităţii de a acţiona care apare după un efort important", iar în Dicţionarul Enciclopedic Român se menţionează sub termenul de oboseală, acea „Stare de slăbiciune generală datorită unui efort excesiv, fizic sau intelectual".

Oboseala care apare după o activitate mai mult sau mai puţin prelungită, are caracter fiziologic şi dispare după un repaus obişnuit şi corespunzător, în cursul căruia se refac rezervele energetice ale organismului. Activitatea raţională, în care se dozează optim, atît ritmul cît şi desfăşurarea energiilor, în mod obişnuit nu determină oboseala propriu zisă. Pe de altă parte, nu numai durata şi intensitatea unei activităţi se cer a fi luate în considerare în definirea şi delimitarea oboselii. Un efort muscular intens realizat pentru îndeplinirea unei munci foarte grele, la care organismul nu s-a adaptat treptat, poate determina apariţia oboselii şi chiar a epuizării într-un timp relativ scurt. La fel, îndeplinirea unei activităţi simple prin ea însăşi, dar pentru care nu există pregătirea corespunzătoare, poate determina apariţia oboselii prin depăşirea capacităţilor. În cazul în care lipseşte motivaţia satisfăcătoare pentru o activitate ce presupune cheltuieli energetice eventual subliminare, oboseala poate apare ca rezultat al lipsei de satisfacţie pentru travaliu prestat.

De aceea, în studiul fenomenelor de oboseală se cer a fi luate în considerare simultan, intensitatea, durata, ritmul şi semnificaţiile activităţii în raport cu capacităţile funcţionale iniţiale de reglare neuro-endocrine-umorale, ca şi particularităţile personalităţii în ansamblul său şi totodată în corelaţie cu aspectul solicitărilor şi condiţiilor obiective şi subiective din mediul psiho-social în care se desfăşoară munca.

Fie că este vorba de o „muncă fizică" sau „muncă intelectuală", nu putem să operăm decît o distincţie metodologică între ele, deoarece şi una şi alta se presupun în mod reciproc astfel că nu se poate vorbi decît de preominaţia activităţii sistemului muscular în munca fizică cu implicarea de cheltuială de energie şi din partea sistemului nervos şi de predominanţa activităţii nervoase în munca intelectuală şi de implicarea activităţii musculare. Pe de altă parte se cuvine să subliniem că industria modernă datorită gradului mare de automatizare şi cibernetizare a procesului de producţie, solicită în mod predominant procesele ideo-afective în activităţile industriale, mărind în acest fel în mod evident cota de participare a activităţii sistemului nervos în procesele de adaptare şi integrare socio-profesională şi respectiv în apariţia oboselii. Aceste împrejurări au determinat optici noi asupra cercetărilor fenomenului de oboseală, insistîndu-se nu numai asupra aspectelor ei musculare cît mai ales asupra oboselii neuro-psihice care presupune tot mai mult participarea întregului organism. Clasificarea oboselii în: musculară, neuro-psihică şi generală, sînt mai mult cu valoare didactică, deoarece solicitarea organismului în întregime se determină în ultimă instanţă oboseala generală a acestuia, iar în funcţie de gradul de participare a unor sisteme şi organe putem vorbi de o clasificare ca cea de mai sus. Atunci cînd activităţile neuro-musculare erau solicitate de activitatea profesională, criteriul de evaluare a gradului de dificultate a muncii era consumul de energie.

În momentul în care activitatea psihică este solicitată în mod predominant, criteriile de apreciere a dificultăţii muncii au depăşit posibilităţile metodologiilor fiziologice şi se face din ce în ce mai mult apel la psihologia muncii cu toate aspectele de psihologie experimentală pe care le presupune.

Studiul oboselii presupune considerarea simultană a factorilor de natură biologică, psihologică şi socială care concură în mod diferenţiat la scăderea eficienţei şi randamentului activităţii funcţionale a mecanismelor de reglare psiho-neuro-endocrine-umorale, care fac să apară evidentă sau nu senzaţia subiectivă sau obiectivă de oboseală şi să determine modificări în ce priveşte durata, ritmul, intensitatea activităţilor predominant solicitate de activitatea profesională.

Dacă avem în vedere mecanismele de reglare ale oricărei activităţi, atunci în abordarea mecanismelor şi cauzelor, oboselii intervin: sociologia, psihologia, fiziologia, biochimia, endocrinologia, medicina muncii ca şi disciplinele de graniţă: ergonomia, organizarea muncii etc. Participarea interdisciplinară la studiul oboselii explică, după opinia noastră, diferitele concepte, uneori aparent contradictorii cu privire la oboseală, considerată de unii specialişti din punctul de vedere al proceselor generale de adaptare în raport cu mediul social sau cu munca şi luîndu-se în considerare diferitele aspecte şi rezultate ale oboselii, aceasta considerată ca o scădere a eficienţei, a randamentului, a capacităţilor funcţionale fiziologice şi/sau psihologice, etc., cu aspectele lor subiective sau obiective, în care nu se neglijează inclusiv motivaţiile cu efect pozitiv sau negativ pe plan subiectiv şi asupra randamentului etc., ceea ce face ca acelaşi proces, unic în esenţa sa şi dinamic totodată dacă îl raportăm la personalitate în ansamblul său, să fie considerat sub diferite aspecte, care trebuiesc luate în consideraţie ca atare.

Ni se pare important să subliniem că oricare ar fi tipul de activitate ce se realizează, avînd în vedere caracterul său social, la aceasta participă personalitatea în ansamblul său, sub aspectul triplei sale determinări biologice, psihologice şi sociale. Pe de altă parte, dat fiind faptul că orice activitate, inclusiv cea psihică presupune un efort şi deci o cheltuială de energie, în mod necesar sînt de luat în considerare mecanismele funcţionale general-adaptive psiho-neuro-endocrine-umorale, pînă la nivel celular şi molecular,

Scanned with OKEN Scanner

sub aspectul particularităților individuale caracteristice fiecărui om în parte, rezumînd din acest punct de vedere istoria dezvoltării și existenței fiecărei persoane sub raport dinamic. Caracterul social al activității desfășurate cere, în același timp studierea sa, ca și a oboselii, în raport cu calitatea interrelațiilor de microgrup social-profesional, familial — al set — statusurilor și rolurile pe care le realizează personalitatea, ca și în raport cu parametrii de mediu fizic productiv. Toate aceste condiții biologice, psihologice și sociale, participă în realizarea activității, ca și în apariția oboselii, în mod simultan și unitar totodată, implicînd în același timp participarea personalității în ansamblul său dinamic sub aspect biologic, psihologic și social. Din punct de vedere teoretic ca și metodologic, considerăm că în cele de mai sus se reflectă în fond esența proceselor de asimilare și acomodare adaptivă, diferențierile calitative care se realizează în dinamica fiecărei personalități.

Considerăm din acest punct de vedere că oboseala poate să apară ca o reacție adaptativă, de alarmă, semnificînd uzura fiziologică a rezervelor de energie de care dispune la un moment dat organismul, prevenindu-ne și semnalizînd riscul epuizării și eventual al surmenajului. În context cu semnificația biologică, oboseala poate fi considerată ca rezultanta unui stress, ca un sindrom adaptativ, ca o reacție de apărare, eventual ca un fenomen de deteriorare a unor rezerve energetice de natură biologică. Din punct de vedere psihologic, senzația de oboseală poate să se manifeste sau nu pe plan subiectiv, dacă avem în vedere intervenția tonifiantă a atitudinilor pozitive, a motivațiilor stimulatorii etc. ceea ce face ca senzația subiectivă în legătură cu oboseala să nu coincidă cu rezultatele obținute la unele explorări obiective privind randamentul, eficiența activității și invers, senzația de oboseală se poate manifesta nu numai psihic, dar și fizic, fără ca totuși prin ea însăși o activitate dată să justifice în vreun fel această trăire neplăcută pe plan ideo-afectiv, chiar dacă nu se constată totodată modificări evidente de natură biologică. Se cunoaște că nivelul calitativ al interrelațiilor de microgrup familial sau profesional influențează în mod evident asupra activității, a adaptării omului la muncă și la mediu social în același timp. Punctul de vedere sociologic va considera oboseala ca un fenomen de neadaptare la muncă, privită din punct de vedere social, sau oboseala poate să apară sociologului ca un fenomen cu risc dezadaptativ în raport cu microgrupul social, oboseala putînd determina modificări de reactivitate comportamentală ce se pot eventual reflecta negativ asupra interrelațiilor de microgrup productiv.

De aceea considerăm că și studiul solicitărilor omului în muncă, a fenomenelor de oboseală, a oscilațiilor capacității de muncă, solicită o metodologie dinamică și totodată unitară, bazată pe conceptul bio-psiho-social despre personalitate, concept dialectic în esența sa și particular culturii românești și care permite o abordare unitară în echipă interdisciplinară.

Oricare ar fi tipul de activitate, aceasta reclamă mobilizarea și cheltuiala de energie în care scop intră în tensiune de lucru mecanismele de reglare neuro-endocrine-umorale, în care sinergismele și antagonismele funcționale concură la realizarea unor procese care au ca rezultantă finală echilibrările necesare asimilărilor și acomodărilor adaptative cu caracter sintetic și selectiv, în raport cu sarcinile ce se impun a fi rezolvate, cu semnificațiile pe care fiecare personalitate le atribuie actelor sale în contextul social-istoric dat. În funcție de starea inițială a organismului (normo-hipo- sau hiperfuncționale), de felul activității, de intensitatea, ritmul, durata și semnificația acesteia, de trăsăturile personalității, de concordanța dintre atitudini și aptitudini în raport cu profesia exercitată, de condițiile mediului fizic în care se desfășoară activitatea, ca și de climatul psiho-social al muncii etc., mobilizările energetice vor fi diferite sub raport calitativ și cantitativ.

*
* *

Efortul determină mobilizarea rezervelor glucidice prin secreția de adrenalină cu acțiune periferică hiperglicemiantă, dimpreună cu receptorii adrenergici de la nivelul hipotalamusului. Alături de adrenalină mai intervin tot cu efect hiperglicemiant, acționînd asupra rezervelor hepatice de glicogen — glucagonul și hormonul adreno-corticorop — activînd sistemele fermentative ale glicolizei, glicogenolizei și fosforilazei. În același timp au loc procese de stimulare a sintezei glicogenului din lactat, piruvat, glicerol, aminoacizi cu participarea hormonilor glucocorticoizi, acid adenozintrifoforic etc. În cursul activității, efortul muscular și insulina determină o creștere a permeabilității celulare pentru glucoză, ceea ce face ca în cazul că efortul este deosebit de intens sau la cei neantrenați să apară importante hipoglicemii, care la rîndul lor determină o nouă mobilizare de glucoză din rezervele organismului, pe căile amintite mai sus. În cazul în care efortul depășește posibilitățile de acoperire ale organismului în glucoză, atunci se reduce secreția de insulină, scade consumul tisular de glucoză, crește glucoza în sînge, iar nevoile energetice celulare se realizează pe seama mobilizării lipidelor care sînt desfăucte pînă la radicali acetil metabolizați apoi de organism prin intermediul ciclului Krebs. S-a constatat că la oamenii antrenați crește consumul lipidelor pe calea oxidării musculare a acizilor grași liberi și a creșterii lipolizei îndeosebi intracelulare. Ca atare, efortul prelungit, sterssurile emoționale, expunerea la frig, determină mobilizarea unor rezerve energetice suplimentare neglucidice pe seama lipidelor sau proteinelor. În efort are loc o permanentă echilibrare a mecanismelor celulare enzimatice care asigură glicogenoliza și gluconeogeneza și echilibrul ciclului glucoză—acizi grași care menține, prin consumul lipidelor, rezervele în glucoză ale ficatului, necesare unor eforturi mai mari. S-a demonstrat de asemenea că în cursul efortului scad proteinele totale și albuminile, cresc globulinele ca urmare a intervenției hormonilor corticosuprarenali ; aminoacizii liberi cresc în cursul efortului dar nu sînt utilizați ca rezerve energetice ci intervin ca substanțe cu rol plastic pentru structurile și funcțiile celulare.

Efortul determină modificări hidroelectrilitice exprimate în intensificarea eliminărilor de apă prin diureză, transpirație, ca urmare a creșterii metabolismului aerob. Pentru menținerea unui echilibru optim de Na și K are loc o secreție crescută de aldosteron, care favorizează resorbția de Na la nivelul tubilor renali evitîndu-se dereglările homeostazice. În același timp aldosteronul permite eliminarea K care apare în exces în spațiile extracelulare în cursul efortului, exces care perturbă procesele de excitabilitate. Pentru evitarea unor pierderi excesive de K glucocorticoizii și insulina favorizează transportul spre spațiile intracelulare.

În reglările ample ale consumului de energie din cursul activității participă sistemele diancefalo-hipofizo-cortico-suprarenale și sistemul adreno-simpatic, care activează sistemele enzimatice ale metabolimului aerob cu modificările corespondente de permeabilitate celulară și de stimulare a mecanismelor mitocondriale.

Pentru realizarea celor de mai sus, este necesară integritatea morfo-funcțională a mecanismelor de reglare neuro-endocrino-umorală, ca și a aparatelor și sistemelor organismului, orice dereglare sau suferință de natură viscero-umorală, exercitînd o acțiune negativă asupra capacității de muncă respectiv de efort.

Ceea ce trebuie subliniat este că antrenamentul constitue unul din cele mai bune mijloace de prevenire a oboselii și aceasta pentru că prin antrenament se mărește rezistența organismului, realizîndu-se echilibrările optimale metabolice necesare activității.

Scanned with OKEN Scanner

Alături de antrenamentul gradat şi raţional, un rol particular îl au emoţiile, mai ales cele negative, care, prin intervenţia lor acţionează în sens de perturbare a activităţii, de scădere a efortului, eficienţei şi randamentului, îndeosebi la persoanele cu o încărcătură emoţională mai mare.

Cercetările de biochimie, fiziologie, endocrinologie arată că în oboseală se reduce consumul de glucoză, scade nivelul mobilizării sale din depozite, se face apel la lipide, scade nivelul catecolaminelor şi a glucocorticoizilor se produce o decuplare între procesele de oxidare şi fosforilare celulară, scade secreţia pancreatică de insulină. Toate procesele de mai sus se realizează prin intervenţia reglatorie a sistemului nervos central, care ţine sub controlul său mecanismele de reglare endocrinoumorale. Din acest punct de vedere s-a emis opinia că responsabil de apariţia oboselii este sistemul nervos central şi nu organele şi sistemele periferice.

Dacă se consideră organismul însă ca un tot unitar, atunci în explicarea oboselii vom porni de la interrelaţiile ce există între sistemele şi structurile funcţionale în permanentă intercondiţionare reciprocă şi în care sistemul nervos deţine un rol deosebit de important.

S-a susţinut o perioadă de timp teoria corticală a oboselii, însă cercetările de fiziologie ale sistemului nervos central arată că funcţionarea cerebrală este rezultatul acţiunilor armonice de lucru cortico-subcorticale. În acest sens se ştie că în reglarea nivelului de excitabilitate a cortexului cerebral ca şi a sistemului muscular intervine formaţia reticulată a trunchiului cerebral. Prin sistemul activator ascendent al formaţiei reticulate, se realizează creşterea excitabilităţii şi respectiv al vigilenţei cerebrale corticale, în timp ce prin sistemul activator descendent influxurile nervoase centrale pun în tensiune de lucru sistemele organismului, printre care şi sistemul muscular. Prin intermediul acestor mecanisme se mobilizează reacţiile adaptative ale organismului la eforturile de natură fizică sau psihică solicitate de mediul exterior, asigurîndu-se eliberarea de energie de la nivel celular, prin intervenţia sistemului nervos vegetativ, al glandelor endocrine şi a reacţiilor umorale.

Cercetări experimentale au dovedit că în formaţiile bulbo-pontine, talamice etc. există structuri, formate din reţele nervoase, care au o acţiune inhibitorie asupra sistemelor de activare ale formaţiei reticulate respectiv asupra cortexului şi sistemelor periferice, determinînd apariţia oboselii şi somnului. Pe de altă parte se ştie că sistemele activatorii ale formaţiei reticulate se află de asemenea în legătură cu centrii nervoşi vegetativ şi ai vieţii afective primare de care depinde mobilizarea sau inhibarea rezervelor de energie ale organismului.

W. R. Hess a evidenţiat funcţiile ergotrofe (de mobilizare a energiei) şi trofotrope (de refacere a energiei) ale sistemului nervos vegetativ, în raport cu care se află capacitate de efort. Sistemul funcţional ergotrop creşte disponibilităţile de acţiune, în timp ce sistemul funcţional trofotrop le reduce; primul conferă organismului capacitatea de a realiza acţiunea, în timp ce al doilea sistem intensifică procesele de inhibiţie şi favorizează predominarea senzaţiei de oboseală, cu componentele sale ideative, afective şi fizice.

Atît sistemul trofotrop (parsimpatic) cît şi cel ergotrop (simpatic) acţionează echilibrîndu-se permanent pe baza stimulărilor interne şi externe, mobilizînd în acest sens toate releele endocrine, enzimatice şi umorale ale organismului.

Înţeleasă în acest mod reglarea funcţiilor în timpul realizării unui efort, implică organismul în întregul său. Un zgomot, o stimulare luminoasă, un cuvînt etc., în funcţie de durata, intensitatea sau semnificaţia ce o poartă, vor mobiliza toate sistemele organismului prin punerea în tensiune de lucru a mecanismelor de reglare neuro-endocrino-enzimatico-umorale dimpreună cu reacţiile psihologice particulare fiecărei individualităţi. În acest sens nu considerăm deloc exagerat dacă afirmăm că un cuvînt în calitatea sa de semnal al semnalelor, determină reacţii de la nivelul activităţilor psihice pînă în planul reacţiilor enzimatic-moleculare. De aici importanţa şi semnificaţia cuvîntului, nu numai în transmiterea informaţiilor în relaţiile umane, dar şi în ce priveşte amploarea rezonanţelor individuale afective şi ideative. Şi ca un corolar, în problema care ne interesează aici, cuvîntul poate stimula activitatea, după cum o poate inhiba sau diminua în raport de semnificaţiile ce le conţine în mesajul său, cu capacitatea de integrare a persoanei căreia i se adresează şi de calitatea sistemului de valori pe care le promovează.

Pe baza celor de mai sus, noi considerăm că fenomenul de oboseală, indiferent de modalităţile sale concrete de manifestare (fizică, senzorială, psihică) solicită studiul simultan al mecanismelor fiziologice şi psihologice, în cadrul solicitărilor specifice de ambianţă productivă, de natură obiectivă şi subiectivă, în raport de particularităţile individuale temperamental-caracteriale, de integrarea ideo-afectivă şi de nivelul proceselor de reglare neuro-endocrino-umorale. Activitatea, indiferent de forma concretă în care se desfăşoară, solicită funcţiile organismului în totalitatea sa, de aceea ni se pare logic ca studiul oboselii să ţină cont de acest aspect integrativ, cu sublinierea particularităţilor ce ţin de individ ca şi de tipul sarcinii pe care o realizează. Aceste considerente devin actuale atunci cînd ne raportăm la activitatea industrială modernă, care solicitînd personalitatea în întregul său. presupune toate categoriile de oboseală şi îndeosebi pe cea psihică (intelectuală sau nervoasă).

Oboseala fiziologică este un fenomen normal care se manifestă la orice om şi care se exprimă printr-un ansamblu de semne obiective şi subiective cu caracter reversibil după odihna obişnuită, ce urmează activităţii şi în care au loc procese de refacere a rezervelor de energie. Refacerea energiilor se realizează prin pauzele din timpul lucrului, recreierea în cursul timpului extraprofesional, prin odihna din cursul nopţii, în concediile de odihnă etc. În cazul în care efortul este prelungit şi depăşeşte limitele funcţionale ale organismului, cînd nu se respectă regulile de organizare a activităţii şi odihnei şi se abuzează de mecanismele adaptative ale organismului, se poate ajunge la epuizare cu instalarea consecutivă a oboselii patologice, care nu cedează după orele obişnuite de odihnă. În aceste situaţii poate să apară simptomatologia surmenajului care impune întreruperea activităţii, cu consecinţe negative pentru activitatea productivă ca şi eventual pentru organism. Semnele oboselii sînt îndeosebi manifestate în domeniul senzaţiilor şi trăirilor subiective sub forma senzaţiei sau sentimentului de oboseală, ce se repercută negativ asupra randamentului activităţii voluntare, constituind în acelaşi timp un indice al oboselii. La baza senzaţiei sau sentimentului de oboseală, din punct de vedere neuro-fiziologic, stau incitaţiile cenestezice vagi, subliminare nivelului de conştiinţă, din sumarea cărora rezultă la nivel central procesele de inhibiţie care sînt percepute în mod dezagreabil şi accentuîndu-se progresiv, crează tendinţa de a întrerupe activitatea În acest sens oboseala apare ca un fenomen fiziologic, ca un mecanism în reglarea activităţii şi de adaptare în acelaşi timp. Ca urmare a instalării oboselii se remarcă o scădere a atenţiei, a percepţiei, memoriei, gîndirii, dinamismului, care în ultimă instanţă duc la scăderea randamentului activităţilor fizice şi intelectuale.

Este important de subliniat că indicii obiectivi de ordin economic, în condiţii tehnico-organizatorice şi psiho-sociale corespunzătoare, constituie primul semn de oboseală şi se manifestă prin creşterea numărului de erori, rebuturi, eventual accidente. Aceşti indici

Scanned with OKEN Scanner

economici se manifestă înaintea apariției semnelor subiective de oboseală, dar aceste aprecieri au valoare relativă. Înainte de apariția senzației subiective de oboseală, ceea ce apare pe prim plan sînt manifestările de labilitate vegetativă, emoțională și în fine procesele fine de reglare ideativă.

Fenomenele vegetative se manifestă la nivelul aparatului cardio-vascular (modificări de puls, ritm, volum, reacții vaso-motorii, tensiunea arterială), respirator (se modifică frecvența, amplitudinea și forța respirației, ce se traduc în oscilații ale capacităților respiratorii pulmonare), renal (apar modificări ale constantelor urinare, endocrin (modificări ale hormonilor sistemului glandular), sanguin (modificări ale constantelor sanguine) etc. Procesele fazice vegetative se traduc în cazul apariției oboselii pe plan afectiv prin labilități emoționale, dispoziție neplăcută, excitabilitate, iritabilitate, dezinhibări emoționale. Înregistrarea reflexului galvanic cutanat, a temperaturii cutanate, dau indicații prețioase privind reactivitatea vegetativă, și se pot obține relații indirecte asupra nivelului de vigilență ca și asupra reactivității afective. În același sens explorările electromiografice, electroencefalografice, pneumograma, aduc date importante cu privire la reacțiile vegetative.

Se remarcă de asemenea în oboseală modificări în activitatea analizorilor în ce privește pragul de intensitate și frecvență a senzațiilor, a duratei imaginilor consecutive vegetative, a frecvenței critice de fuziune (CFF) a licăririlor etc., date care atrag atenția asupra dezorganizării structurii activității, expresia perturbării funcțiilor de reglare, coordonare și integrare. Modificările pragurilor de intensitate și frecvență a excitațiilor oferă relații asupra direcției în care se realizează dezorganizarea activității.

În cursul oboselii scad performanele la testele de percepție, atenție, memorie, etc. Aplicarea testelor arată modificări ale proceselor psihice în oboseală, însă nu pot determina gradul de oboseală în raport cu gradul de solicitare implicat de tipul muncii cercetat. Pe de altă parte, administrarea unui test prezentînd o anumită semnificație pentru subiectul cercetat, acționează ca un stimul care activează procesele cerebrale și psihice în momentul explorării, risipind în oarecare măsură oboseala preexistentă.

Pe un număr de 2 061 salariați de la C.F.S. Iași, studiul oboselii s-a realizat pe baza unui chestionar bio-psiho-social.

Au răspuns că nu obosesc și nu resimt starea de oboseală în turele din cursul zilei 6,92% dintre femei și 15,66% dintre bărbați. Procentul cel mai ridicat s-a înregistrat în grupa de vîrstă 21—25 ani pentru ambele sexe, reprezentînd 62,26% pentru femei și 41,87% pentru bărbați. În turele de noapte însă am constatat că nu acuză oboseală 2,74% dintre femei și 5,70% dintre bărbați. La fel ca și în cazul turelor din timpul zilei și în cazul turelor de noapte, cea mai mare proporție se înregistrează tot pentru grupa de vîrstă 21—25 ani — 37,83%.

Grupa de vîrstă	La cîte ore apare senzația de oboseală după începutul lucrului							
Nr. ore	1	2	3	4	5	6	7	8
28—20 ani	2,40	2,81	2,40	8,75	12,91	21,25	13,75	28,75
21—25 ani	0,53	0,71	1,59	7,46	7,85	17,05	16,16	29,66
26—30 ani	1,42	0,96	2,85	7,61	10,00	21,42	15,23	32,42
31—35 ani	—	0,47	0,95	4,76	6,66	10,95	8,57	20,00
36—40 ani	—	0,80	1,60	4,00	7,20	11,20	5,60	26,40
41—45 ani	5,00	2,70	1,35	1,35	6,75	10,90	5,45	17,56
46—50 ani	—	—	5,00	2,50	5,00	10,00	15,00	15,00

În raport de grupele de vîrstă și sex, în munca desfășurată ziua se constată că instalarea oboselii apare în orele de la începutul activității după cum urmează : pentru bărbați (în raport cu totalul lotului).

Așa cum observăm, curba oboselii crește gradat pînă în ora a șasea de activitate, cînd atinge un maximum pentru toate grupele de vîrstă (cu excepția grupei de vîrstă 46—50 ani), are loc o scădere importantă în a șaptea oră de activitate și crește din nou în ultima oră. Aceste oscilații care se observă după șase ore de activitate țin, după opinia noastră, nu numai de condițiile obiective ci și de cele subiective. În același timp această particularitate de reactivitate ne atrage atenția asupra perioadelor dificile din activitatea profesională, cînd apare necesară intervenția corespunzătoare din partea colectivului de conducere, ca și a membrilor microgrupurilor productive. Un alt aspect care ne apare ca semnificativ de-asemenea este capacitate de adaptare mai bine elaborată la grupele de vîrstă 31—45 ani.

În ce privește femeile, raportîndu-ne de asemenea la aceiași parametri, vom constata următoarele :

Grupa de vîrstă	La cîte ore apare senzația de oboseală după începutul activității							
	1	2	3	4	5	6	7	8
18—20 ani	0,56	0,56	1,33	14,00	10,00	24,00	14,00	22,66
21—25 ani	0,79	4,49	4,76	15,07	11,90	23,28	9,78	16,93
26—30 ani	1,62	3,25	5,69	10,56	11,38	21,13	13,00	17,07
31—35 ani	—	3,27	8,19	13,11	6,55	40,98	26,22	34,42
36—40 ani	—	7,14	—	3,57	14,28	32,14	10,71	17,85
41—45 ani	—	6,76	—	15,88	3,52	12,94	17,64	29,41

Așa cum se observă în cazul femeilor se constată că în general oboseala apare în modul cel mai frecvent la patru, șase și opt ore de activitate.

În ce privește oboseala în cursul activității, în cazul că aceasta se desfășoară noaptea, am constatat la bărbați că la 1,88% senzația de oboseală apare în prima oră de activitate, la 2,54% în a doua oră de activitate, la 5,40% în a treia oră, la 13,50% în a patra oră, la 13,58% în a cincea oră, la 16,51% în a șasea oră, la 9,33% în a șaptea oră și la 16,04% în ultima oră de activitate. Dar și în cursul activității diurne oboseala apare cel mai frecvent în a șasea și a șaptea oră.

Referindu-ne la cauzele care determină apariția oboselii în cursul activității productive s-a apreciat că aceasta este determinată cel mai frecvent de următoarele :

	M-%	F-%	Total %
1. Zgomotul intens al agregatelor în mișcare	36,49	35,94	36,24
2. Zgomotul monoton al utilajelor	38,04	29,93	35,03
3. Căldura din secții	39,50	23,66	33,62
4. Repetarea neîntreruptă a mișcării brațelor	17,97	20,91	19,06
5. Nerespectarea de către angajați a pauzelor de producție	12,96	18,43	14,99
6. Ritmul rapid al activității pe care-l impune mașina	14,73	13,72	14,36
7. Iluminatul prea slab sau prea puternic	14,12	10,06	12,61
8. Ritmul prea lent al activității	9,87	9,67	9,80
9. Activitatea statică sau hipokinetică	0,41	7,97	9,50
10. Ortostatismul	2,93	12,67	6,55
11. Aglomerația în transportul pînă la serviciu	5,09	8,75	6,45
12. Simplitatea muncii efectuate	4,39	2,87	3,83
13. Lipsa unor motivații satisfăcătoare prin deficit de orientare profesională	3,54	3,66	3,59
14. Odihna neorganizată acasă	3,16	1,43	2,52

Scanned with OKEN Scanner

Din tabelul de mai sus rezultă că la acţiunea unui zgomot intens reactivitatea este egală atît la femei (35,94%) cît şi la bărbaţi (36,49%), în timp ce în raport cu zgomotul monoton diferenţele ne apar ca semnificative — 38,04% pentru angajaţii cu sex masculin faţă de 29,93% la angajaţii de sex feminin. La fel se constată că bărbaţii suportă cu mai mare dificultate căldura (39,50%) faţă de femei (23,66%). Activitatea statică sau hipokinetică oboseşte mai mult pe bărbaţi (10,41%) decît pe femei (7,97%), în timp ce ortostatismul este incomparabil mai bine suportat de către angajaţii de sex masculin (2,93%) în raport cu femeile (12,67%). Aceste diferenţe ţin, după opinia noastră, de o mai mare labilitate vegetativă la femei decît la bărbaţi. De asemenea se constată că femeile realizează o mai bună adaptare în cadrul muncilor care se desfăşoară în condiţii de căldură şi de zgomot monoton, particularităţi care se explică printr-o mai bună adaptare şi printr-o capacitate mai bună de stăpînire a reacţiilor ce vizează organizarea activităţii.

Dacă ne raportăm la particularităţile reactivităţii faţă de repartiţia pe grupe de vîrstă, vom constata: (vezi tabelul de mai jos).

În raport cu zgomotul intens şi în funcţie de vîrstă, bărbaţii prezintă oscilaţii mai mari în raport cu femeile, care se adaptează mai bine odată cu vîrsta, ceea ce ar putea să explice de ce, de exemplu în ţesătorii lucrează mai mult timp şi în majoritate femeile. Aceleaşi fenomene oscilatorii se constată şi la bărbaţi în ceea ce priveşte reactivitatea la zgomotul monoton în funcţie de:

	Factorul incriminat în oboseală %							
	Zgomot intens	Zgomot monoton	Căldura	Repetarea neîntrer. a mişc.	Nerespectarea pauzelor	Ritmul rapid	Iluminatul	Ritmul lent
BĂRBAŢI								
18—20 ani	40,56	42,97	46,98	18,47	11,24	15,26	10,04	7,22
21—25 ani	36,41	37,93	36,76	18,47	15,80	14,20	12,96	6,92
26—30 ani	43,33	40,47	42,05	16,19	13,80	16,66	18,57	13,80
31—35 ani	54,40	39,20	44,00	16,00	10,56	13,60	17,50	17,60
36—40 ani	40,54	33,78	32,43	22,97	6,75	18,91	20,27	17,56
41—45 ani	10,00	22,50	22,55	20,00	7,50	7,50	20,00	12,50
FEMEI								
18—20 ani	40,00	36,00	23,33	16,06	15,26	10,66	10,66	7,33
21—25 ani	39,41	32,27	19,00	21,95	17,72	13,22	5,29	8,20
26—30 ani	34,95	23,57	34,95	16,26	17,07	28,45	14,63	13,82
31—35 ani	24,59	14,75	13,11	13,11	11,47	27,86	13,11	14,75
36—40 ani	14,28	30,00	19,41	11,47	14,28	50,00	14,28	14,28
41—45 ani	17,64	—	25,00	5,88	17,64	17,64	17,64	11,75

vîrstă în timp ce la femei această reactivitate se află la valori cu mult mai inferioare, traducînd o mai bună adaptare şi în condiţii de monotonie. Activitatea în condiţiile de temperatură mai crescută este mai bine suportată de femei, în timp ce muncile care presupun o mişcare frecventă a braţelor sînt mai bine realizate la bărbaţi. Nerespectarea pauzelor de către angajaţi are o influenţă negativă mai are asupra femeilor, la fel ca şi ritmul de muncă mai rapid impus de agregatele în mişcare şi sînt mai bine suportate de bărbaţi. În ce priveşte iluminatul, valorile obţinute sînt apropiate, ceea ce ne face să credem că acestea sînt mai ales de modificările de acomodare ce ţin de vîrstă. Ritmul lent de activitate se pare că este mai bine suportat de către femei în raport cu bărbaţii.

Alături de cauzele de mai sus, pentru care este necesară precizarea sumării lor în generarea oboselii, se mai adugă unele interrelaţii necorespunzătoare de microgrup familial şi socio-profesional, insuficienta organizare a timpului liber şi a orelor de somn, în special la femei. Toţi aceşti factori cu acţiune cumulativă contribuie la apariţia senzaţiei de oboseală care, aşa cum am văzut, are o desfăşurare fazică cu particularităţi diferenţiate în funcţie de vîrstă, sex etc.

RELAŢIA POTENŢIAL PREDISPOZANT ŞI AFECŢIUNI NEVROTICE LA LUCRĂTORII DIN SUBTERAN

Valeria Savu, A. Borcea, Antoaneta Şerban, Iulia Manolescu
— I.E.M.R.C.M. — Bucureşti

Integrată într-un studiu complex medico-psiho-sociologic care a avut ca obiectiv analiza cauzelor nevrozelor la lucrătorii din subteran, investigaţia psihologică şi-a propus, pe lîngă depistarea, evaluarea şi obiectivarea formei şi gradului tulburărilor nevrotice, şi investigarea implicaţiilor unor particularităţi de personalitate în apariţia şi menţinerea acestor afecţiuni.

În acest scop, pe baza rezultatelor unei acţiuni de depistare activă prin intermediul Screeningului, la care — au participat majoritatea lucrătorilor de la Exploatarea minieră din Valea Jiului (2 020), selecţionate statistic 2 loturi comparative — lucrători valizi şi pensionari de invaliditate —, la care se estima sau se stabilise anterior existenţa unor afecţiuni psihice.

Au fost astfel examinate şi psihologic 133 persoane dintre care 121 cu afecţiuni de tip nevrotic: 92 lucrători (valizi) din subteran şi 29 pensionari psihici gradul III de invaliditate.

S-au utilizat în acest scop, pe lîngă interviul clinic şi observaţie dirijată asupra persoanelor investigate, chestionarele de anxietate — Cattell şi de persona-

Scanned with OKEN Scanner

lităte — Eysenck și testul arborelui — Kock. Parțial (pentru pensionari) examenul s-a completat cu Inventarul de personalitate — Minnesota și psihodiagnostic Szondi.

În evaluarea psihologică a simptomatologiei nevrotice ca și a profilului psihic al celor examinați, s-a menținut ca parametru constant de delimitare a subgrupărilor rezultate, valorile cantitative ale diversilor indici. În cadrul concluziilor examenului psihologic însă, acest criteriu a avut numai un rol orientativ, aprecierea finală bazîndu-se pe corelarea și integrarea interpretării răspunsurilor obținute, cu informațiile și observațiile psihologului culese în timpul interviului clinic, precum și cu multiplele informații și concluzii ale investigațiilor celorlalți membri ai echipei de examinare.

Trecerea de la existența unor situații în mod real (obiectiv) stressante psihotraumatizante, la apariția unei modalități de reacție patologică ca cea reprezentată de afecțiunile nevrotice, este practic întotdeauna mediată de multiple verigi intermediare dintre care un rol deosebit revine caracteristicilor structurale individuale. Majoritatea studiilor întreprinse, ca și unele din rezultatele noastre anterioare, converg spre afirmarea unei corelații pozitive între apariția afecțiunilor nevrotice — în special a unora dintre ele — și existența anumitor particularități psihice ale personalității premorbide care pot constitui un potențial predispozant, un risc crescut de îmbolnăvire. Se recunoaște de asemenea că, uneori cronicizarea nevrozei acompaniată de acțiunea îndelungată a unui cumul de situații psihogene, poate conduce la apariția unor „dezvoltări nevrotice" care includ de obicei modificări ale reactivității psihice generale și a anumitor trăsături de personalitate.

Analizînd structura lotului investigat în raport cu particularitățile personalității premorbide pe fondul căreia au apărut afecțiunile nevrotice, precum și cu modificările psihice manifestate ulterior, s-ar putea delimita cîteva subgrupări :

A) I — grupă — reprezentînd 8% din lot, predominînd la mineri față de auxiliari, și lipsind la pensionari — este constituită de muncitorii cu o *personalitate premorbidă echilibrată*, încadrabilă în variațiile normale și care se menține la același nivel și după îmbolnăvire. Apariția în aceste cazuri a afecțiunilor nevrotice a fost determinată exclusiv de cumulul factorilor psihotraumatizanți de mediu, de obicei de lungă durată și deosebiți ca intensitate. Menținerea relativ integrală a echilibrului personalității în ansamblu, reprezintă un element esențial în aceste cazuri, atît pentru asigurarea mecanismelor compensatorii în prezent, precum și în influențarea unui prognostic favorabil.

B) II grupă — 22% din lot, predominînd tot la mineri, și la lucrătorii valizi față de pensionari — lucrători cu *„trăsături de personalitate accentuate inițiale"*, particularități psihice mai pregnante, manifestate de timpuriu și generate în mare măsură de condițiile de mediu (în special socio-familial) în care s-a realizat dezvoltarea și maturizarea psihică a acestor bolnavi.

C) III grupă — 24% din lot, predominînd la auxiliari, și la pensionarii de invaliditate — lucrători cu *„personalități accentuate inițiale"* : preganța anumitor trăsături sau modalități de reactivare au influențat și conturat personalitatea în ansamblu.

Se poate presupune că în fața unor situații psihogene, deosebit de intense sau prelungite, unele din aceste trăsături sau personalități accentuate „inițiale", deși rămîn în cadrul normalității, pot releva valențe negative, reprezentînd un potențial latent, un risc mai mare de îmbolnăvire decît individualitățile care au în ansamblu și în structura internă a personalității lor, un echilibru corespunzător variațiilor medii statistice ale „normalității". Se poate presupune de asemenea că în condițiile unei vieți în general echilibrate, acest „potențial" nu s-ar fi „actualizat", persoanele respective menținîndu-și un echilibru psihic relativ stabil.

Determinate în esență de condițiile inițiale de mediu socio-familial și reprezentînd în continuare caracteristici durabile ale personalității care au influențat întreaga conduită, evoluția ulterioară a acestor particularități structurale a fost influențată de multitudinea factorilor stressanți care s-au intersectat în existența acestor persoane.

Însumarea în timp a unor situații cu caracter psihogen ar putea explica exacerbarea ulterioară a unor trăsături sau personalități „accentuate, inițiale" — și în special a valențelor negative ale acestora — estimată în 70% din cazuri (grupele B și C), însumare care a avut drept consecință creșterea potențialului latent și a riscului de decompensare nevrotică.

D) IV grupă — reprezentînd 45% din lot, predomină la auxiliari și la pensionarii de invaliditate — cuprinde lucrătorii cu *„trăsături accentuate secundare"* sau *„modificări de reactivitate și adaptabilitate consecutive"* — unei însumări de influențe de mediu, cu caracter predominant psihogen.

Din compararea rezultatelor obținute pe cele două loturi investigate s-a remarcat în grupul pensionarilor psihici de invaliditate ponderea evident crescută a factorilor de personalitate atît ca potențial predispozant latent pentru apariția afecțiunilor nevrotice (grupa III — 49%) cît și în favorizarea întreținerii și cronicizării acestor afecțiuni (grupa IV — 52% — din care în 73% din cazuri existente anterior un potențial latent iar în prezent sînt în stadii de „dezvoltare nevrotică").

În ceea ce privește factorii a căror influențe nefavorabile pentru menținerea echilibrului psihic s-au însumat în timp, cumulîndu-se la acești lucrători, menționăm pe cei cu o frecvență mai mare : perioade prelungite de suprasolicitare fizică și psihică apărute în procesul trecerii de la mediul rural la urban și totodată de adaptare rapidă la condițiile specifice muncii din subteran ; stările de tensiune psihică aproape continue legate de însăși procesul și relațiile de muncă ca și de existența obiectivă a unui risc crescut de accidentare, caracterul psihogen al accidentelor de muncă — inclusiv T.C.C. — personale sau la care s-a asistat ; stările de oboseală sau surmenaj ; insatisfacțiile profesionale ; spinele iritative reprezentate de afecțiunile somatice multiple sau cronice, inclusiv evoluția trenantă a unor afecțiuni nevrotice ; alte psihotraume (familiale, inundații, etc.).

Particularitățile de personalitate cele mai frecvente cuprinse în toate cele 4 grupe și care au putut constitui un potențial predispozant latent pentru apariția și întreținerea afecțiunilor nevrotice, se referă la : — labilitate psihică (și în special hiperemonitivitate și labilitate emotivă) — insuficientă integrare și coeziune caracterială ; —deficit de adaptabilitate socială cu dificultăți de interrelaționare reprezentînd o rezultantă a hiperexcitabilității — asociată deseori cu trăsături sau modificări astenoide — ; rezistență psihică diminuată, toleranță redusă la situații stressant-conflictuale ; tendința spre introversiune socială — asociată uneori cu o hipersensibilitate sau rigiditate psihică.

Sintetizînd cele expuse anterior, cu excepția primei grupe analizate tot restul lotului (92%) este constituit din lucrători a căror personalitate premorbidă sau unele din modificările ei ulterioare — deși rămîne în toate cazurile în limitele largi ale normalității —, poate implica un potențial predispozant latent, mai estompat sau mai pregnant, și care în anumite conjuncturi, poate contribui la apariția și întreținerea unor afecțiuni nevrotice. Deși nu constituie deviații sau modificări esențiale d.p.v. calitativ — bolnavul nevrotic acționînd și orientîndu-se „de pe platforma omului normal" (V. Predescu) —, ele pot determina greutăți

Scanned with OKEN Scanner

evidente în menţinerea unui comportament adecvat, îngreunînd considerabil funcţiile de adaptare şi echilibru la un nivel superior cu mediul ambiant.

Se poate considera că ponderea majoritară a celor cu potenţial predispozant, este mai puţin surprinzătoare decît pare la prima vedere, dacă ţinem seama de multitudinea factorilor determinanţi sau favorizanţi care s-au intersectat în viaţa şi activitatea acestor persoane, ca şi de modalitatea de selecţionare a eşantionului pe baza procentajelor celor mai ridicate obţinute la chestionarul aplicat la Screening şi care cuprindea şi întrebări care vizau unele particularităţi structurale.

Considerăm că rezultatele obţinute confirmă încă o dată existenţa unei plurietiologii a afecţiunilor nevrotice, intercorelaţiile dinamice dintre factorii determinanţi, predispozanţi şi favorizanţi, evoluînd şi modelîndu-se în timp, într-o interdependenţă mutuală.

Integrated into a complex medical-psycho-sociological study pursuing the analysis of the causes leading to neuroses in the mining workers, the present psychological investigation was also aiming — besides the evaluation and objectification of the form and extent of the neurotical disorders — at the investigation on the implications brought about by some personality peculiarities contributing to the emergence and maintainance of the above affections.

The conclusions of this study estimated the possible existence of some psychic features „accentuated in an early stage (23%) or of some waps of psychic reactivation and adaptability having broadly ined the personality features (21%) which, in spite of their remaining within the normal values when faced with intensive and long — lasting stress situations, may evidence negative valences representing a latent potetial and an enhanced hazard of sickness through psychic diseases.

The additions, over the time, of long periods of overload, vocational and family insatisfaction to the multiple psychogenic situations may stand for the exacerbation especially of the negative valences of some of these early peculiarities of „following these (40%)" for the emergence of some alterations in the psychic reactivity and adaptability having contributed to the enhancing of the neurotical compensation risk.

The results obtained confirm once more the plurietiology of the neurotical troubles, the dynamic intercorrelations between the determinant, predisposing and favouring factors which develop and mould — over the time — into a mutual interdependence.

ASPECTE SOCIOLOGICE ALE PROFILAXIEI INVALIDITĂŢII LA LUCRĂTORII DIN SUBTERAN

Ionescu Elena, Stăniloiu Fănica
— I.E.M.R.C.M. — Bucureşti

Ritmul tot mai intens de dezvoltare a economiei noastre naţionale conduce la necesităţi mereu crescute de forţă de muncă ocupată în sfera productivă, ceea ce determină, pe lîngă o serie de alte măsuri, şi preocupări deosebite pe linia menţinerii stării de sănătate a populaţiei active cît şi pe linia prevenirii instalării invalidităţii în cazul apariţiei diverselor maladii.

Considerînd invaliditatea ca un fenomen social complex, cunoaşterea modificărilor de structură, volum, dinamică şi relaţii între diverşii indicatori ce caracterizează invaliditatea, presupune efectuarea unor studii care să evidenţieze interrelaţiile şi intercondiţionările în scopul surprinderii anumitor aspecte ce se degajă ca esenţiale, ca şi decelarea unor raporturi de cauzalitate în vederea proiectării unor măsuri imediate sau de perspectivă care să conducă la promovarea factorilor pozitivi şi la anihilarea celor negativi.

În anul 1976, în cadrul unui studiu privind cauzele ce determină apariţia nevrozelor la lucrătorii din subteran, la o exploatare din Valea Jiului, au fost investigaţi un număr de 100 de mineri, ce prezentau o simptomatologie nevrotică în scopul luării unor măsuri, care să prevină agravarea acestei simptomatologii şi implicit invaliditatea lor.

Majoritatea specialiştilor sînt astăzi de acord asupra cauzalităţii multifactoriale a afecţiunilor psihice în general şi în special a nevrozelor, cauzalitate care se extinde de la factorii macro-sociali (industrializare, urbanizare, migrare internă sat-oraş) şi pînă la presupunerea unor implicaţii eredo- genetice individuale.

Influenţa factorilor macro- şi microsociali asupra individului a fost urmărită în timp, atît în perioada anterioară venirii în Valea Jiului şi a angajării la mină, cît şi în perioada prestării propriu-zise a activităţii în subteran.

Un prim aspect cu implicaţii asupra stării de sănătate psihică a minerilor îl reprezintă schimbarea radicală şi bruscă a specificului muncii, ca şi a statului şi rolului socio-profesional, urmare firească a atragerii forţei de muncă din agricultură în sfera producţiei industriale, proces ce solicită o mare mobilitate adaptativă din partea individului.

Marea majoritate a lucrătorilor din subteran sînt de origină rurală, cu tradiţii şi stereotipii de muncă de generaţii în activitatea agrară. Jumătate din subiecţi sînt la primul contact cu o muncă industrializată, cealaltă jumătate avînd anterior o vechime redusă în profesii apropiate de specificul agriculturii sau semiindustrializate, ceea ce nu presupune o adaptare a lor la munca industrială.

Angajarea tuturor acestor persoane în mină a presupus pe lîngă efortul general de adaptare la condiţiile vieţii urbane şi ale muncii industriale şi adaptare la condiţiile specifice activităţii din subteran care, în afara faptului că este total deosebită de munca agrară, prezintă unele caracteristici care o deosebesc de alte munci industriale la suprafaţă.

Dacă în munca agrară individul a fost obişnuit să lucreze în mod independent şi individual, cu un ritm liber de lucru, cu un efort intermitent în funcţie de anotimpuri, prin angajarea lui la mină, este pus în faţa unui efort zilnic, cu un ritm impus şi intens de lucru, a unei munci în echipă, într-un spaţiu închis, ca un orar de lucru pe întreaga durată a zilei, în trei schimburi. La aceasta se adaugă încordarea emotivă relativ permanentă determinată de pericolul de accidentare, responsabilitatea morală şi materială, munca repetitivă, mediul monoton, zgomotul excesiv, luminaţia artificială, temperatura ridicată şi umiditatea.

Procesul de schimbare a condiţiilor de lucru şi de însuşire a noului model de comportament productiv trebuie să se producă într-un scurt timp, întrucît noul angajat dispune de o perioadă foarte scurtă de acomodare înainte de începerea muncii direct productive cu întreaga responsabilitate faţă de realizarea productivităţii muncii. În acest interval scurt de timp noul angajat trebuie să cunoască, să asimileze şi să manifeste în conformitate cu modelul transmis, ceea ce, ţinînd cont şi de nivelul lor minim de

Scanned with OKEN Scanner

cunoștințe anterioare, determină deținerea statutului de miner înainte de a putea efectiv să-și îndeplinească rolul impus de statutul respectiv.

Însumarea tuturor acestor solicitări în scopul adaptării la munca în subteran, coexistă cu prezența unei motivații insuficiente pentru profesia de miner.

Investigația sociologică a lucrătorilor din subteran a relevat de asemenea, coexistența unei serii de factori care au precedat angajarea în mină și a căror influență nefavorabilă se poate presupune că a contribuit la apariția ulterioară a afecțiunilor nevrotice.

Principala pondere în acest sens au avut-o diversele situații psihogene intervenite în viața acestor persoane anterior angajării în activitatea din subteran. Ele se referă în primul rînd la anumite carențe ale mediului socio-familial, care s-au manifestat în cursul perioadei formativ-instructive, influențînd nefavorabil dezvoltarea psihică echilibrată a acestor persoane: situații materiale deficitare în familia de origine, începerea muncii la cîmp din copilărie, familii dezorganizate prin decesul unuia dintre părinți, ceea ce i-a determinat să devină de timpuriu susținătorii materiali ai familiei, conflicte grave între părinți vitregi și copii, întreruperi în școlarizare datorate unor cauze obiective însă în discordanță cu aspirațiile lor etc.

Aceleași efecte psihogene pot fi atribuite în continuare relațiilor tensional-conflictuale din familia proprie, precum și diverselor situații stressant-conflictuale cu un caracter mai general sau strict individual.

La aceste situații ce premerg începerea activității în subteran și în perioada primului contact cu munca industrială se adaugă eforturile presupuse de urmare a cursurilor de calificare paralel cu prestarea activității profesionale. Din cei 85% din lucrătorii investigați care nu aveau nici o calificare profesională la angajare, au rămas necalificați doar 16%, iar 50% au absolvit cel puțin două cursuri de calificare.

Grupul familial a avut în genere o pondere mult mai mică în declanșarea și întreținerea afecțiunilor nevrotice la lucrătorii din subteran. Numai în 9% din cazuri relațiile interfamiliale necorespunzătoare au putut fi considerate ca factor psihogen principal în îmbolnăvirea psihică.

A rezultat că la îmbolnăvirea psihică a lucrătorilor din subteran concură pe de o parte evenimentele cu semnificație negativă din viața subiecților din perioada anterioară venirii în Valea Jiului și dificultățile de adaptare la noile condiții de viață urbană, de muncă industrializată, din viața particulară și familială a subiecților respectivi.

De asemenea, fenomenul alcoolismului destul de răspîndit în rîndul lucrătorilor din subteran contribuie la scăderea rezistenței fizice și psihice a lor, facilitînd instalarea maladiei psihice.

The ever more intensified development pace of our natural economy leads to ever more increasing demands in production employed labour force which generates — besides a series of other steps — particular concerns both for maintaining the health of our economically active population and for the prevention of disability in the case of emergence of various diseases.

In 1976, within the framework of a study on the causes determining the emergence of neuroses in mining workers, a number of 100 miners were investigated. The lot was selected among those who presented neurotic symptomatology.

The impact of macro and micro-social factors was followed over time — both in the period preceding their arrival in the Jiul Valley and their employment in the mine, and over the period of their mining activity proper.

SOLICITĂRI PSIHICE DOMINANTE ÎN INDUSTRIA BUMBACULUI

P. Brânzei, V. Paraschiv, Mariana Paraschiv, M. Șelaru, N. Cosmovici

— Spitalul clinic de psihiatrie „Socola" — Iași

Cercetarea solicitărilor psihice la un loc de muncă din industria bumbacului trebuie să pornească de la o analiză psihologică complexă a specificului acestuia și a elementelor distinctive care formează sistemul „om-mașină-mediu".

Locurile de muncă din industria bumbacului se încadrează în grupa activităților „semiautomatizate", în care solicitările sînt determinate atît de structura forței de muncă, de complexitatea sarcinilor de a răspunde comenzilor mașinii, cît și de ambianța uzinală și microclimatul specific acestui sector industrial.

Pentru depistarea și cantificarea încărcăturii psihice a unui loc de muncă textil, am folosit metodele de evaluare indirecte și directe.

Dintre metodele indirecte utilizate, amintim:

— curba randamentului;
— centralizatorul de timp, pe faze de execuție, din 30 în 30 de minute;
— graficul executantului;
— diagrama cu fire;
— graficul activității mîinilor;
— graficul activității multiple;
— graficul de deplasare a executantului;
— analiza activității „executant—mașină";
— analiza metodei de muncă (studiu de metodă);
— ergograma locului de muncă;
— fișa de control și corecție ergonomică pentru locurile de muncă din industria bumbacului.

Pentru evaluarea solicitărilor psihice am folosit și metodele directe, avînd ca instrumente de investigare, testele psihologice individuale și colective, chestionarele, apratele simulatoare etc.

Alegerea metodologiei s-a făcut în funcție de specificul muncii și conținutul sistemului „om-mașină-mediu".

Forța de muncă feminină se deosebește de cea masculină prin numeroși factori care influențează asupra rezistenței la solicitările bio-psihice;

— capacitate vitală mai mică care duce la o respirație mai rapidă;

— numărul mai mic de globule roșii ceea ce determină o oxigenare mai redusă;

— dezvoltarea musculară mai slabă și formarea mai abundentă de țesut adipos subcutanat;

— la eforturi statice femeia cheltuiește mai multă energie decît bărbatul;

— forța musculară poate fi evaluată la 2/3 din cea a bărbatului (dar această deosebire poate fi parțial înlăturată prin gradul de automatizare și prin antrenament);

— femeile au mîinile mai mici și mai abile în mișcări fiind favorizate în exercitarea dexterității manuale, aptitudine absolută necesară pentru toate meseriile din industria bumbacului.

La toate acestea trebuie adăugat, ca factor defavorizant, distribuția „bugetului de timp" (timp liber — extraproductiv) al femeii mamă.

Ritmul de lucru al activităților profesionale din industria bumbacului face parte din categoria celui „impus" care influențează asupra capacității generale

Scanned with OKEN Scanner

a organismului, rezistenţa la solicitări bio-psihice, determină tulburări fiizologice mai pronunţate : accelerarea ritmului cardiac, scăderea excitabilităţii analizatorului vizual, micşorarea capacităţii de concentrare, dereglarea timpului de reacţie etc.

Existenţa ritmului impus corelat cu zona de deservire delimitează activitatea executantului în : activitate de supraveghere şi activitate de intervenţie, în care atenţia, viteza, rapiditatea, tempo-ul—personal, randamentul, exactitatea, perseverenţa, coordonarea senzo-motorie, dexteritatea digitală, siguranţa mişcării etc., sînt solicitări de prim ordin.

Organizarea regimului de muncă în trei schimburi are repercusiuni cu implicaţii atît asupra randamentului, cît şi asupra nivelului aptitudinal (tura de noapte defavorizează nivelul aptitudinal şi micşorează existenţa la tensiuni psihice) la care se adaugă modificări ale ritmului biologic.

Gradul de automatizare — mai mult în ţesătorie şi filatură şi mai puţin în finisajul de fire şi pînză, — impune cadenţe mai rapide decît în sistemele mai vechi de producţie, iar riscurile de accidente persistă mai ales în cazul dereglării dispozitivelor de manipulare mecanică şi în cazul amplasării unui număr prea mare de maşini pe o suprafaţă cît mai mică (de exemplu în ţesătorie în jur de 1 000 de războaie). Oboseala nervoasă, datorită zgomotului, vibraţiilor, microclimatului intervine mai ales atunci cînd normele sînt depăşite. Automatizarea mai intervine asupra solicitărilor psihice prin monotonie, scăderea vigilenţei şi a efortului de atenţie. Punctele de comandă ale maşinilor impune o selecţie a forţei de muncă, din punct de vedede al dimensiunilor antropometrice.

Lipsa pauzelor organizate influenţează asupra alimentaţiei şi digestiei producînd modificări metabolice şi varaţii în bilanţul consumului energetic.

Acestea ar fi caracteristicile generale, specifice locurilor de muncă din industria bumbacului.

Problema evaluării proceselor psihice care intervin în activitatea de producţie are o importanţă teoretică şi practică. Din punct de vedere teoretic se pun la punct tehnici psihologice speciale de investigaţie a solicitărilor psihice pe profesiuni, iar din punct de vedere practic, rezultatele obţinute devin de un real folos în organizarea ergonomică a unui loc de muncă, în stabilirea criteriilor ştiinţifice, psihofiziologice, în determinarea normei şi zonei de deservire, selecţie şi orientare profesională, stabilirea graficului executantului şi a curbei oboselii.

La o analiză psihologică atentă şi completă a locurilor de muncă şi a operaţiilor de bază din industria bumbacului se constată cu uşurinţă existenţa unor solicitări psihice dominante pentru toate locurile de muncă, iar altele valabile numai pentru o categorie de locuri de muncă.

Metodele indirecte, pentru stabilirea încărcăturii psiholgice a unui loc de muncă la o anumită operaţie, sînt des folosite în stabilirea solicitărilor psihice, dar s-au dovedit a fi incomplete, deoarece se iau în consideraţie doar trei criterii : *precizia* (criteriul calitativ), *rapiditatea* (criteriul cantitativ), *productivitatea* (criteriul complex), lăsîndu-se la o parte, pe planul al doilea, celelalte criterii : *sentimentul de siguranţă* (familiarizarea cu munca), *tensiunea psihică generală* (care poate fi urmărită şi măsurată cu probe psihologice), *aprecierea subiectivă a condiţiilor de lucru, evidenţierea şi realizarea personalităţii în cîmpul restrîns de decizie.*

De asemenea, aceste metode indirecte, se folosesc şi de către alţi specialişti denaturînd atît rezultatele cît şi interpretarea datelor, oferind diagnosticuri întîmplătoare şi neştiinţifice.

Totuşi aceste metode indirecte, analizate şi filtrate prin prisma şi viziunea psihologului, completate în instrumente specifice de psihodiagonstic pot da rezultate destul de bune, în special în materializarea şi finalizarea profesiogramelor în vederea stabilirii conţinutului bateriilor de teste psihologice.

Pentru evaluarea solicitărilor psihice şi a încărcăturii psihice la operaţiile de bază de la locurile de muncă din industria bumbacului, în cercetarea noastră ne-am folosit de cinci teste psihologice de randament, de tipul „hîrtie—creion", colective, care s-au aplicat la intrarea şi la ieşirea dint ură (test-retest), pentru toate cele trei ture, pe un număr de 1 700 subiecţi, cuprinzînd un eşantion reprezentativ din toate locurile de muncă din acest sector industrial : Tăbliţa de corectură Bourdon-Amfimov, Kraepelin, Cod. 1 şi 2, Reactivitate motorie şi Figuri identice), şi trei inventare de personalitate (anxietate, W.M. şi Eysenk) care s-au aplicat, tot colectiv, numai la ieşirea din tură, pentru depistarea contraindicaţiilor profesionale.

De asemenea, s-au aplicat probe psihologice individuale :

— proba de reacţii complexe Bonnardel ;
— proba de atenţie Piorkovski ;
— proba de atenţie susţinută la ritm impus Krzyzowy ;
— dextermetru digital „O'Connor" ;
— discuri „Walther" ;
— înşiruire Pautze ;
— coordonare manuală „Omega Bonnardel" ;
— dexterimetru „Firul ţesătoarei" V.P. ;
— termometru V.P..

Deoarece acuitatea vizuală şi discriminarea cromatiscă reprezintă aptitudini absolut necesare numai unor meserii din industria bumbacului, am aplicat, în mod suplimentar şi experimental o probă psihofiziologică „Fuziometru" şi proba de discriminare cromatică pe şapte nivele de nuanţă V.P.

Interpretarea rezultatelor obţinute la probele psihologice combinate cu rezultatele înregistrate prin metodele indirecte ne-au dus la următoarele concluzii :

— Solicitările psihice la majoritatea operaţiilor de bază de la locurile de muncă din industria bumbacului au fost evaluate drept „suprasolicitări" ;

— Atenţia, reprezintă funcţia psihică dominantă pentru toate activităţile în care supravegherea este operaţia fundamentală ;

— Dexteritatea şi coordonarea manulaă, acuitatea vizuală, siguranţa mişcărilor şi orientarea spaţială, apar ca aptitudini absolut necesare pentru marea majoritate a meseriilor ;

— Aptitudinile speciale şi discriminarea cromatică sînt solicitate doar la cîteva meserii specifice.

Din evidenţierea şi cantitficarea solicitărilor psihice impuse de locuri de muncă şi de operaţiile de bază am schiţat proiecte de profesiograme pentru principalele meserii din industria bumbacului.

Aplicarea probelor psihologice, combinate cu cele fiziologice, cu analiza psihologică a activităţii, corelate cu factorii bio-psiho-sociali care defavorizează activitatea de producţie a forţei de muncă din industria bumbacului, au elucidat cîteva constatări care concordă — în mare parte — cu cercetările din literatura de specialitate.

În faza tranzitorie de producţie „semiautomatizată" — cum este în cazul industriei bumbacului — (activitatea de la rampa de control), munca constă din repartizarea frecventă a unei aceleiaşi operaţii, care dă naştere la o senzaţie de monotonie, care constituie una din problemele majore ale ergonomiei corective. Pentru combaterea ei cel mai bun mijloc este mecanizarea integrală (ceea ce este mai greu de realizat), dar se pot obţine rezultate îmbucurătoare prin ameliorarea metodelor de muncă, dezvoltînd la muncitori interesul şi atitudinea faţă de muncă, varietatea în muncă (metodă introdusă la controalele de calitate).

Încărcătura psihică a locului de muncă depinde şi de relaţiile dintre oameni, de climatul socio-afectiv de lucru. Problemele psihologice care frămîntă şi

Scanned with OKEN Scanner

supără pe muncitori pot avea consecințe atît pentru colegi, cît și pentru familia acestuia. Aplicînd chestionare specifice, am putut scoate în evidență următoarele defecte, cauzate de relațiile de muncă cu influență asupra gradului de rezistență la solicitările psihice: teamă și reacții depresive, anxietate (angoasă), interiorizare, agresivitate, lipsă de maturitate, alcoolism. Toate acestea au implicații fiziologice producînd modificări și reacții organice, ca: ulcer gastric, hipertensiune, cefalee. Chestionarele de personalitate, interpretate cu foarte mult simț de răspundere, pot scoate în evidență anumite tipuri de personalitate care sînt predispuse la aceste situații.

Starea de siguranță și securitate a muncitorului textilist influențează asupra comportamentului. Tot cu ajutorul inventarelor de personalitate, completate cu interviurile individuale și cu testele proiective, am scos în evidență rolul emoțiilor care joacă adesea un anumit rol în producerea accidentelor, atît ca factor potențializator, cît și ca agent cauzal. Printre factorii care predispun la accidentarea forței de muncă din industria bumbacului se pot aminti: agresivitatea, mînia, grija de a se face remarcat, nemulțumirea, conflicte familiale, erorile de decizie și de judecată, sentimentul de inferioritate, conflictul „șef—subaltern", frustare, impulsivitate, nehotărîrea, sentimentul de îngrijorare, tendința de a încerca norocul sau riscul, refuzul monotoniei sau al rutinei (cercetarea a fost efectuată la 14 întreprinderi pentru perioada 1959—1974 pe 1918 cazuri).

Forța de muncă, în sistemele „semiautomatizate" apare sub forma unui „robot" care pînă acum a reușit să-și adapteze „situația reală" la „situația dorită" impusă de procesul tehnologic, dar care de acum înainte este obligat să coexiste și să colaboreze cu mașinile, care tind și ele să devină „roboți", din care cauză se pune problema adaptării reciproce dintre om și mașină. În unele întreprinderi industriale, se pare, că s-a atins limita capacităților mașinii. De acum înainte aptitudinile rămîn pe locul al doilea și apar elemente noi legate de realizarea personalității: decizia, procesul de însușire a cunoștințelor, elementul de „joc", viteza de reacție, ritmul de lucru, adaptarea și coordonarea mișcărilor.

Analiza solicitărilor psihice cu ajutorul probelor de personalitate favorizează depistarea cazurilor de eșec adaptativ ori de integrare rapidă în locurile de muncă cu o ambianță deosebită. Poluarea sonoră din țesătorie a devenit o noxă profesională care determină o slăbire a acuității vizuale și a atenției în operațile prioritare care influențează calitatea și cantitatea randamentului individual.

Subiecții depistați prin testul de personalitate Eysenk, ca făcînd parte din categoria extravertiților, par mai vulnerabili în această privință decît cei introvertiți, a căror productivitate este mai puțin afectată.

De asemenea, probele psihologice au scos în evidență existența unei interacțiuni între personalitatea individului și sistemul său auditiv (măsurat prin audiograme). Subiecții care au o personalitate diferită, se pot deosebi unii de alții prin reacțiile lor psihice la sunet, prin perceperea sunetelor și prin felul în care zgomotul are influență asupra muncii lor.

O surditate pronunțată are o incidență importantă asupra personalității: la tulburări auditive speciale corespund modificări caracteristice ale personalității. Jena provocată de diferite tipuri și nivele de zgomote (de mică frecvență sau joasă frecvență) este în funcție de personalitatea subiectului expus.

Valoarea solicitărilor psihice, individuală, este influențată și de satisfacția profesională, de starea de sănătate.

Anchetele întreprinse au reliefat cauzele insatisfacției profesionale care *măresc* gradul de rezistență la solicitările psihice: lipsa posibilității de avansare, condiții grele de lucru suba spectul ambianței și microclimatului uzinal, lipsa de considerații și sarcina de lucru. Aceste insatisfacții se manifestă prin tulburări de sănătate care afectează personalul mai în vîrstă și cu o vechime mai mare.

Cercetarea solicitărilor psihice la locurile de muncă și operațiile de bază din industria bumbacului au scos în evidență necesitatea selecției profesionale la angajare și orientarea, reorientarea și reprofilarea forței de muncă existente.

În cadrul examenului psihologic pentru meseriile din industria bumbacului, în baza concluziilor prezentate pînă în prezent, se vor urmări și cantifica:

— *aptitudinile senzoriale* (acuitate vizuală, cromatică, tactilă, auditivă și olfactivă);

— *aptitudini psihomotorii* (rapiditatea și precizia dexterităților manuale, coordonarea manuală, asocierea și disocierea manuală, timpul de reacție);

— *aptitudini intelectuale* (percepție spațială, putere de observație, memoria formelor, atenție distributivă și concentrată, aptitudini tehnice și de desen, capacitate de învățare, imaginație, inteligență generală);

— *trăsături de caracter și temperament* (stăpînire de sine, disciplina muncii, conștiinciozitate, atitudine față de muncă, cooperare onestitate, rezistență la monotonie etc.).

Rezultatele evaluării solicitărilor psihice au mare importanță în finalizarea studiilor complexe de ergonomie de corecție, oferind soluții practice de adaptare a mașinii la om, a omului la muncă, de menținere și refacerea capacității de muncă cu scopul de a se obține o eficiență economică și umană sporită, prin realizarea personalității în și prin muncă, ce trebuie să se transforme într-o satisfacție reală.

REGLEMENTĂRI ALE ACTIVITĂȚII PSIHIATRICE ÎN CADRUL SOCIETĂȚII CONTEMPORANE. CONTRIBUȚII PRIVIND STATUTUL ACTUAL AL BOLNAVULUI PSIHIC

C. Postelnicu
— Spitalul clinic de psihiatrie „Socola" — Iași
Al. Avasilcăi
— Spitalul teritorial — Cîmpulung Moldovenesc

În condițiile societății actuale atît pentru individ cît și pentru diverși profesioniști ai activităților cu implicații sociale, devine tot mai acută cunoașterea și aplicarea unui ansamblu tot mai numeros de legi, decrete, hotărîri ale organelor centrale ale administrației de stat, ordine departamentale, instrucțiuni tehnice etc. Printre diversele specialități medicale psihiatria se diferențiază tot mai mult în viața de toate zilele, datorită unei problematici practice și teoretice cu conținut social tot mai complex și un aspect de stringentă și angajată responsabilitate în multiple și variate domenii de activitate umană. Mai mult oricînd decît în trecut, actul medico-psihiatric cuprinde aproape întotdeauna elemente cu răsunet social și aspecte de execuție care antrenează colaborări multiple, angrenarea a diverși factori în măsură

Scanned with OKEN Scanner

a asigura îndeplinirea prescripţiei sau indicaţiei medicale, factori care prin forţa lucrurilor sînt departe de a fi în raporturi convergente, sincrone şi concordante.

În conştiinţa socială a marelui public aflat într-o permanentă utilizare a prestaţiilor medicale, cît şi a serviciilor profesioniştilor din domeniul medicinii şi psihiatrirei, există în prezent tendnţa de a antrena, augumenta şi chiar suprasolicita în cadrul diverselor modalităţi de influenţare şi rezolvare a proceselor sociale intervenţia şi utilizarea psihiatriei. Ba mai mult chiar, apariţia şi dezvoltarea sociopsihiatriei a ajuns să fie privită de unii profesionişti ai psihiatriei ca un cadru teoretic şi un cîmp de intervenţie directă, cu implicaţii de angajare tot mai plenare a psihiatriei în orice problemă a cadrului socio-cultural în care trăim.

Practica socială atît în ţara noastră, cît şi cea existentă pe plan mondial arată că de fapt activitatea psihiatrică este circumscrisă destul de ferm în cadrul instituţional al activităţii medicale de un ansamblu de reglementări juridice, normative şi administrative cu o tendinţă progresivă la augumentare şi complexificare, cît şi de anumite cutume socio-culturale variabile de la ţară la ţară. Unii psihiatri de „avangardă" vehiculează chiar noţiunea de despotism social la adresa bolnavului psihic din partea colectivităţii în care trăieşte acesta, aspect care chiar dacă în fapt nu reprezintă situaţia actuală din asistenţa psihiatrică contemporană, indică totuşi un anumit curent de opinii cu care este confruntată gîndirea psihiatrică contemporană. Totodată nu trebuie minimalizată nici prezenţa „antipsihiatriei" care la reprezentanţii ei extremişti ajunge în fapt la negarea realităţilor socio-psihiatrice ale lumii contemporane. Avînd în vedere aceste aspecte, precizarea limitelor angajării acţiunilor şi intervenţiilor sociale ale psihiatrului capătă astfel dimensiunile unei situaţii cu aspect practic, ale unei confruntări cotidiene cu realităţile stringente ale specialităţii şi este departe de eticheta unui exerciţiu academic gratuit.

În literatura de specialitate din ţara noastră nu se consemnează pînă în prezent lucrări de ansamblu, generalizări practice şi teoretice asupra statutului bolnavului psihic în interrelaţiile sale cu societatea contemporană. Nu-i mai puţin adevărat însă că în ultimii ani aceste preocupări şi-au găsit o audienţă tot mai largă, îndeosebi la psihiatrii de la şcoala de la Socola. Pe de altă parte trebuie subliniat faptul că nu este precizat nici un punct de vedere doctrinar unitar şi interdisciplinar asupra obligaţiilor societăţii faţă de bolnavul psihic şi ale bolnavului psihic faţă de societate deşi în ultima vreme în cadrul manifestărilor interdisciplinare ale psihiatrilor din ţară în acest domeniu s-au făcut multe şi valoroase precizări.

Prezenta comunicare îşi propune ca scop să facă o trceere în revistă enumerativă a principalelor acte normative care reglementează obligaţiile de fiecare zi ale psihiatrilor încadraţi în reţeaua de asistenţă medico-sanitară a ţării. Dinamismul vieţii noastre socio-economice îşi lasă o puternică amprentă şi asupra cadrului legislativ-normativ, astfel că datele consemnate de noi trebuie văzute în contextul situaţiei socio-culturale actuale. În unele situaţii pe care activitatea noastră ni le-a indicat ca fiind mai puţin cunoscute de masa medicilor psihiatri, am inclus şi unele date explicative sumar redactate.

REGLEMENTĂRI ÎN LEGĂTURĂ CU ÎNVĂŢĂMINTUL

— *Legea nr. 6/1969 privind Statutul personalului diactic.*

În atenţia psihatrilor trebuie avut cu deosebire art. 11 care stipulează că „nu pot ocupa funcţii didactice... cei care, din cauza unor boli mintale sau a unor infirmităţi, sînt inapţi pentru activităţi instructiv-educative".

— *Ordinul nr. 182/19.V.1975 al Ministerului Sănătăţii.* Cuprinde norme de orientare şi selecţie şcolară şi profesională pentru preşcolari, şcolari, elevi şi studenţi. Stabileşte indicaţile şi mai ales contraindicaţiile pentru exercitarea în perspectivă a diverselor profesiuni prin prisma admiterii în diverse instituţii de învăţămînt.

— *Ordinul nr. 776/27.IX.1968 al Ministerului Sănătăţii şi precizările Ministerului Sănătăţii — Direcţia Ocrotirii Mamei şi a Copilului nr. II/24838/1970.*

Reglementează aspectele particulare legate de asistenţa medicală a studenţilor indicînd rezolvarea administrativă a consecinţelor pentru procesul de învăţămînt a efectelor prezenţei de stări morbide (amînări, întreruperi de studii etc.).

— *H.C.M. 557/1975 şi Decretul 207/1977.*

Cuprind date privind întreruperea studiilor şcolare după absolvirea ciclului gimnazial şi scutirea de treapta I-a pentru motive medico-psihologice.

REGLEMENTĂRI ŞI ASPECTE LEGATE DE ANGAJAREA ÎN CÎMPUL MUNCII ŞI EXERCITAREA ANUMITOR PROFESIUNI

— *Legea nr. 10/1972 — Codul Muncii.* Cuprinde prevederi de principiu, fără detalieri şi particularizări, în legătură cu exigenţele diverselor profesiuni şi starea sănătăţii fizice şi psihice a individului care solicită o angajare în cadrul unui contract de muncă.

— Instrucţiunile privind efectuarea examenului medical la angajare aprobate prin *Ordinul Ministerului Sănătăţii nr. 131/1967 şi nr. 196/1969.*

— *Ordinul nr. 190/1975 al Ministerului Sănătăţii* privind stabilirea normelor de control medical la angajare şi control periodic al angajaţilor.

— Normele republicane de radio protecţie aprobate prin *Ordinul nr. 122/5.IV.1976 (C.S.E.N.), 133/10.VI.1976 — Ministerul Sănătăţii şi 26/7.VI.1976 C.N.A.*

— Instrucţia privind examinarea medicală la angajarea în funcţii, admiterea în şcoli M.T.Tc. şi examinarea periodică a personalului din unităţile Ministerului Transporturilor şi Telecomunicaţiilor aprobat prin *ordinul Ministrului T. Tc. 153/1964.* În prezent acest veritabil regulamet medical C.F.R. este înlocuit de fapt cu

— Instrucţiunile privind examinarea medicală şi psihologică a personalului din funcţiile legate de siguranţa circulaţiei feroviare, de siguranţa circulaţiei rutiere şi de siguranţa navigaţiei, aprobate prin *Ordinul nr. 77/22.I.1973 al Ministrului Transporturilor şi Telecomunicaţiilor.*

— *Ordinul 855/1962 al Ministerului Transporturilor şi Telecomunicaţiilor* privind constatarea consumului de băuturi alcoolice la personalul feroviar.

— *Decretul nr. 328/1966, H.C.M. 324/1970, Ordinul nr. 389/24.VII.1973 al Ministerului Sănătăţii, Ordinul M.S.P.S. nr. 347/30.III.1963.* Cuprind indicaţii de principiu şi detalii asupra condiţiilor de obţinere a permisului de conducere auto, rezolvarea expertizelor şi contestaţiilor privind capacitatea de a exercita calitatea de conducător auto, condiţiile de efectuare a analizelor pentru determinarea alcoolemiei.

— *Decretul nr. 443/1972* privind navigaţia civilă şi *Regulamentul* cuprinzînd norme cu privire la navigaţia civilă (aprobat prin *H.C.M. nr. 40/1973).*

Cuprind prevederi legate de condiţiile recrutării şi îndeplinirii obligaţiilor de serviciu ale personalului navigant, sancţiunile pentru infracţiuni la siguranţa navigaţiei pe apă cauzate de ebrietate, refuzul de a se supune recoltării probelor biologice în vederea stabilirii alcoolemiei.

Scanned with OKEN Scanner

— *Decretele 516/1953, 212/1959, 342/1970 și 60/1975* privind navigația aeriană.

— *Ordinul Ministerului Sănătății nr. IX.C. I.—3572/3.VIII.1976* privind depistarea, tratarea, internarea și urmărirea bolnavilor psihici.

REGLEMENTĂRI PRIVIND EXPERTIZA MEDICALĂ A CAPACITĂȚII DE MUNCĂ

— *Legea nr. 3/1977* privind pensiile de asigurări sociale de stat și asistență socială.

— *Legea nr. 4/1977* privind pensiile și alte drepturi de asigurări sociale ale membrilor cooperativelor agricole de producție.

— *Legea nr. 5/1977* privind pensiile și alte drepturi de asigurări sociale ale țăranilor cu gospodărie individuală din zonele necooperativizate.

— *Legea nr. 10/1972. Codul Muncii — art. 19, 144, 145.*

— *Decret nr. 214/1977 al Consiliului de Stat* privind pensiile militare de stat.

— *Decret nr. 215/1977 al Consiliului de Stat* cu privire la încadrarea personalului muncitor în grupele I, II sau III de muncă.

— *Decret nr. 216/1977 al Consiliului de Stat* privind criteriile și normele de încadrare în grade de invaliditate.

— *Decret nr. 217/1977 al Consiliului de Stat* privind aprobarea Regulamentului de organizare și funcționare a comisiilor de pensii și asigurări sociale și a comisiilor de expertiză medicală și recuperare a capacității de muncă.

— *Adresa nr. IX/C 2/1193 a Ministerului Sănătății* privind controlul medical al muncitorilor din subteran.

— *Decretul nr. 245/1977 al Consiliului de Stat* privind pensiile *I.O.V.R.*

— *Decretul nr. 248/1977 al Consiliului de Stat* privind criteriile și normele de încadrare în grade de invaliditate a militarilor din cadrele permanente.

— *Decretul nr. 249/1977 al Consiliului de Stat* privind aprobarea Regulamentului de organizare și funcționare a comisiilor de pensii și a comisiilor de expertiză medico-militară.

— *Legea nr. 25/1976* privind încadrarea într-o muncă utilă a persoanelor apte de muncă.

— *Statutul uniunelor cooperativelor meșteșugărești din Republica Socialistă România* — Statutul-model al cooperativei meșteșugărești și al cooperativei de invalizi (astfel cum au fost modificate și completate de cel de al V-lea Congres al cooperației meșteșugărești din 28—29 mai 1976).

— *Indicații tehnice și metodologice pentru activitățile de expertivă medicală și recuperare a capacității de muncă cuprinse în reglementări departamentale.*

A — *Pentru angajații cu contract de muncă*

— *Ordinul M.S.P.S. nr. 27/3.IV.1976* pentru aprobarea Instrucțiunilor privind organizarea și funcționarea comisiilor de expertiză medicală și recuperare a capacității de muncă.

— *Ordinul Ministerului Muncii nr. 78/18.IV.1972 și Ministerului Sănătății nr. 210/18.IV.1972* privind unele măsuri de îmbunătățire a activității de expertiză medicală și recuperare a capacității de muncă.

— *Ordinul Ministerului Sănătății nr. 389/24.VII.1973* (cuprinde prevederi speciale pentru unele situații privind pe conducătorii auto profesioniști).

B — *Pentru membrii C.A.P.*

— *Ordinul M.S.P.S. nr. 700/01.IX.19966.*

C — *Pentru militari în termen, elevi de școală militară, militari concentrați, militari din cadrele permanente ale forțelor armate și urmașii acestora.*

— *Instrucțiunile nr. 183/18.IX.1968 ale M.F.A., M.A.I. și C.S.S.* pentru aplicarea Decretului 141/1967.

— *Instrucțiunile M.F.A. nr. M 200/1969* privind organizarea și funcționarea comisiilor de expertiză medico-militară pentru încadrarea în grade de invaliditate în vederea pensionării militarilor din cadrele permanente.

— *Instrucțiunile M.A.N. — M 2440/28.VII.1977* elaborate în baza *Decretului Consiliului de Stat nr. 248/1977*

— *Instrucțiunile M.F.A. nr. 16300/24.XI.1969* cu privire la modul de întocmire a dosarelor de pensie pentru militarii în termen, elevii de școli militare și militarii concentrați care au contractat invalidități în timpul îndeplinirii obligațiilor militare și pentru urmașii lor.

REGLEMENTĂRI PRIVIND EXPERTIZA MEDICO—MILITARĂ, ACTIVITĂȚILE PENTRU APĂRAREA PATRIEI ȘI PORTUL ARMELOR

— *Legea nr. 14/1972* privind organizarea apărării naționale a Republicii Socialiste România. În art. 30 se stipulează că nu îndeplinesc serviciul militar alienații și debilii mnitali, cît și inapții pentru serviciul militar cu scoatere din evidență pentru invalidități sau boli permanente, altele decît cele arătate anterior. Aceste boli sînt cuprinse în baremurile medicale ale Ministerului Apărării Naționale.

— Baremul medical cuprinzînd afecțiunile care creează aptitudini/inaptitudini pentru îndeplinirea obligațiilor militare și efectuarea serviciului militar în forțele armate, aprobat prin *Ordinul O.G.3/11.01.1972 al Ministerului Forțelor Armate — Direcția Medicală și Ordinul O.G.3/1973 — Anexa pentru femei.*

— *Instrucțiunile comune elaborate de Ministerul Apărării Naționale și Ministerul Sănătății O.G. nr. 25/15.VII.1975* privind examinarea medicală a recruților și rezerviștilor, tratamentul medical al recruților, asigurarea cu instrumentar medical, medicamente și personal medical (sanitar) precum și întocmirea fișei de examinare medicală pentru tinerii supuși obligațiilor militare.

— *Ordinul Ministerului Sănătății nr. 182/13.V.1975* privind întocmirea fișei medicale în vederea pregătirii tineretului pentru apărarea patriei și pentru îndeplinirea serviciului militar.

— *Decretul nr. 367/1971* privind regimul armelor, munițiilor și materiilor explozive. În art. 8, al. C se prevede că bolnavii mintali, precum și alte persoane, care datorită altor afecțiuni de care suferă, ar pune în primejdie propria viață sau a altora, în situația în care ar deține arme sau muniții, nu pot fi autorizate să dețină și să poarte arme și muniții. Lista afecțiunilor și modalitatea de rezolvare a situațiilor litigioase este stabilită prin

— *Ordinul Ministerului Sănătății nr. 257/19.VI.1976*

REGLEMENTĂRI PRIVIND EXPERTIZELE MEDICO—LEGALE PSIHIATRICE ȘI SITUAȚII DE ASISTENȚĂ MEDICO—LEGALĂ A BOLNAVULUI PSIHIC

Prevederi legislative de principiu pentru expertiza medico-legală psihiatrică, măsuri de siguranță, ocrotire și prevenire a faptelor antisociale

— Codul Penal — art. 48, 114

— Codul de Procedură Penală — art. 116, 118, 119, 121, 122, 123, 124, 125, 162, 239, 429, 430, 432, 433, 434.

— *Decretul 446/1966 și H.C.M. 1086/1966* privind modalitățile tehnice de efectuare a expertizei psihiatrico-legale.

— *Decretul 12/1965 și H.C.M. 39/1965* privind bolnavii mintali periculoși.

— *Ordinul Ministerului Sănătății nr. XI.C.I.—3572/* pentru aprobarea instrucțiunilor de alcătuirea și funcționarea comisiilor medicale prevăzute în *articolul 5*

Scanned with OKEN Scanner

din Decretul nr. 12/1965 privind îngrijirea medicală a bolnavilor mintali periculoşi.

— *Ordinul Ministerului Sănătăţii nr. IX.C.I.—3572/3.VIII.1976* privind depistarea, tratarea, internarea şi urmărirea bolnavilor psihici.

Examinări medicale pentru punere sub interdicţie

— Codul Familiei

— Codul Penal, art. 143

— Decretul 32/1954

Stabilirea drepturilor civile ca urmare a unor fapte penale (indicaţii tehnice pentru comisiile de resort)

— *Baremul stabilit de Ministerul Sănătăţii cu nr. XII C2 353/20.VIII.1968 şi XII2 C2 848 şi de Ministerul Finanţelor nr. 1/20.VIII.1968.*

Amînări sau întreruperi de executare a pedepselor pentru motive medicale

— *Codul de Procedură Penală art. 453 şi 455.*

— *Ordinul Ministerului Sănătăţii — Adjunct al Ministrului nr. XII C2/1490/24.IV.1971* privind examinarea medicală a persoanelor care solicită amînări sau întreruperi de executare a pedepselor pentru motive medicale.

Capacitatea de exonerare sau suportare a prevederilor legislaţiei cu aspect contravenţional

— *Decretul 153/1970*

— *Decretul 76/1975*

Capacitatea de exerciţiu pentru drepturi civile

A — *Încheierea căsătoriei*

— *Codul Familiei — art. 9, 10, 19*

— *Codul de Procedură Civilă — art. 613* (introdus prin Decretul nr. 680/1969 şi modificat prin Decretul nr. 174/1974) — art. 613, al. 1, al. 3 — (introdus prin Decretul 312/31.VIII.1977 al Consiliului de Stat).

— *Decretul nr. 141/1953* privind prevenirea şi combaterea bolilor venerice şi *Instrucţiunile Ministerului Sănătăţii nr. XII/C1/2758/1971.*

— *Decretul 278/1960 şi H.C.M. 1091 şi Instrucţiunile* aprobate prin *Ordinul Comitetului de Stat pentru Economia şi Administraţia Locală nr. 190/1970.*

B — *Exercitarea drepturilor electorale.*

— *Constituirea Republicii Socialiste România art. 25.*

C — *Apartenenţa la diferitele organizaţii social-politice şi obşteşti.*

— Statutele şi reglementările interne ale respectivelor organizaţii.

D — *Capacitatea de exerciţiu pentru diferitele funcţii sacerdotale.*

— Dreptul canonic al diferitelor confesiuni.

REGLEMENTĂRI PRIVIND ASISTENŢA MEDICO—SOCIALĂ

Statutul moral al bolnavului psihic

— *Codul Penal art. 196, 205.*

— *Regulamentul privind organizarea şi funcţionarea colegiilor medicale* — art. 22, 26, 30, 31, 34, 35

Protecţia fizică şi moral-socială a bolnavului psihic adult şi minor

— *Codul Penal* — art. 205, 206, 306, 314, 315.

— *Codul de Procedură Penală* — art. 202.

— *Decretul 153/1970* — art. 3, al. a.

— *Legea nr. 3/1970* privind regimul ocrotirii minorilor.

— *Legea nr. 22/1969* privind organizarea şi funcţionarea miliţiei.

Evidenţa, tratamentul, protecţia bolnavilor psihici toxicomani

— *Legea nr. 73/1968*

— *H.C.M. nr. 899/1969*

— *Instrucţiunile nr. 103/1970* ale Ministerului Sănătăţii.

Regimul financiar al asistenţei spitaliceşti şi ambulatorii

— *Decretul nr. 246/1958*

— *Decretul nr. 253/1971* privind contribuţia de întreţinere în instituţiile de ocrotire a persoanelor asistate medico-social.

— *Ordinul M.S.P.S. nr. 1005/1958* de aprobare a instrucţiunilor de aplicare a Decretului 246/1958.

— *Ordinul M.S.P.S. nr. 515/1961* privind acordarea gratuităţii pentru depistarea şi tratamentul în spitale şi ambulator al alcoolismului acut şi cronic.

— *Ordinul nr. 312/1968 şi nr. 903/1968* al Ministerului Sănătăţii privind bolile cu regim gratuit.

— *Ordinul nr. 426/1970 şi 593/1972* ale Ministerului Sănătăţii privind asistenţa psihiatrică a cetăţenilor străini.

Acordarea de concedii medicale pentru incapacitate temporară de muncă

— *H.C.M. nr. 880/1965 şi Instrucţiunile de aplicare emise de M.S.P.S. şi C.C.S.*

— *Instrucţiunile* Ministerului Sănătăţii, Ministerului Muncii şi Consiliului Central U.G.S.R. nr. IX C1-3199/25.VI.1975 privind eliberarea certificatelor de concediu medical.

— *Adresa nr. IX/C.I/4389/1976* — Ministerul Sănătăţii. Cabinetul Ministrului.

— *Instrucţiunile* comune ale Ministerului Sănătăţii nr. XII/C1/1680/20.IV.1972 şi U.N.C.A.P. (valabile numai în cazul membrilor C.A.P.).

Spaţiul locativ suplimentar pentru bolnavii psihici

— *Legea nr. 5/1973*

— *H.C.M. nr. 880/1973*

Tratamente speciale pentru bolnavii psihici

— *Ordinul nr. 938/11.XII.1968* — Ministerul Sănătăţii — aplicarea psihochirurgiei la bolnavii psihici.

— Tratament balneoclimateric pentru bolnavii psihici.

— *Instrucţiunile nr. C2/1122/1968* — Ministerul Sănătăţii.

— Asistenţa de urgenţă a bolnavilor psihici.

— *Ordinul Ministerului Sănătăţii nr. 723/1972.*

— Asistenţa medicală generală a bolnavului psihic în unităţile spitaliceşti şi de asistenţă ambulatorie.

— *Ordinul nr. 56/1974* — Ministerul Sănătăţii — norme generale de organizare şi funcţionare a unităţilor sanitare.

— Transportul gratuit pe C.F.R. a anumitor categorii de bolnavi.

— Instrucţiunile de aplicare a *H.C.M. 1060/1968* a mai multor ministere din R. S. România.

Întreruperea sarcinii în cazul prezenţei la părinţi a bolilor psihice

— *Decretul nr. 770/1966.*

— *Ordinul Ministerului Sănătăţii nr. 27/1974.*

Aplicarea ergoterapiei la bolnavii psihici

— *H.C.M. nr. 1210/28.VIII.1970.*

— *Normele tehnice XII C1/130/1971* ale Ministerului Sănătăţii privind organizarea activităţii de ergoterapie.

— *Ordinul nr. 560/24.X.1973* al Ministerului Sănătăţii pentru aprobarea instrucţiunilor privind acordarea echipamentului de lucru pentru bolnavii cuprinşi în activităţi de ergoterapie.

Măsuri de ordin general şi de perspectivă pentru promovarea sănătăţii mintale în R. S. România

— *Ordinul nr. 126/15.III.1972* al Ministerului Sănătăţii privind aprobarea programului de apărare şi promovare a sănătăţii mintale.

— *Ordinul nr. 86/21.II.1974* privind aprobarea planului de măsuri pe anii 1974—1975 şi 1976—1980 privind apărarea şi promovarea sănătăţii mintale a populaţiei.

CONCLUZII

Asistenţa bolnavului psihic este organizată şi înfăptuită în ţara noastră, ca de altfel în toate ţările, în cadrul unui sistem legislativ-normativ care devine tot mai complex, ca şi a unui cadru instituţional tot mai

Scanned with OKEN Scanner

diversificat. Ea are în vedere nu numai interesele individului, ci și ale societății cu întreg specificul său de prezervare și menținere ca sistem.

În cadrul acestei situații statutul psihiatrului-elementul social axial al prestațiilor medico-sociale privind bolnavul psihic — trebuie să fie circumscris la acela de medic, adică de profesionist investit cu posibilitatea de a ușura, vindeca sau consola suferințele psihomorale și psihofizice ale individului, și să nu se extindă la acela de activist sau specialist de „inginerie socială". În afara rolului său de medic cu obligații de tratament în sensul larg al noțiunii, psihiatrului i se impun prin presiunea socială a evoluției societății din ce în ce mai mult sarcini de medic de sănătate mintală, cu multiple obligații de psihoprofilaxie primară, secundară și terțiară, atît la nivelul individului, cît și al societății. Pentru îndeplinirea acestui rol de „consilier de stat major" în rezolvarea problemelor individuale și colective de sănătate mintală, se impune o sensibilizare și pregătire a opiniei publice, cît și a formelor competente pentru decizii social-politice despre statutul, rolul și necesitatea psihiatrului la diverse nivele ale activității sociale. În acest sens se impun noi coordonate în pregătirea psihiatrului în domeniul psihiatriei sociale, familiarizarea acestuia cu aspecte medico-administrative, socio-economice și legislativ-normative, fără precedent în activitățile asumate pînă în prezent. În paralel, se impun atît pe plan doctrinar, cît și instituțional anumite coordonate de definire și delimitare a activității de psihiatrie socială, atît din punct de vedere terapeutic-curativist, cît și al profilaxiei bolilor psihice la nivelul actual de dezvoltare a societății.

RELAȚIA DINTRE MORBIDITATEA INDUSĂ DE EXPUNEREA CRONICĂ LA SULFURA DE CARBON ȘI UNELE TULBURĂRI PSIHICE

Georgeta Mihail, Doina Popa, Mocanu D., Victoria Răileanu, Lucreția Nestor

Multitudinea și varietatea de reacții individuale a subiecților expuși profesional la absorbții de CS_2, concomitent existența în practică a unor permanente variații a nivelelor de toxic în timp în aceleași locuri de muncă, diversifică aspectul clasic al intoxicației cronice cu CS_2, imprimînd manifestărilor clinice și paraclinice un polimorfism extrem de bogat, cu o multitudine de modificări din care unele nu sînt încă precizate a fi în relație cu expunerea.

În studii epidemiologice complexe efectuate de laboratorul nostru pe circa 300 de muncitori privind influența CS_2 asupra muncitorilor expuși cronic acestei noxe, am constatat incidența mare a tulburărilor neurovegetative (cefalee 46%, iritabilitate 34%, jenă precordială 31%, palpitații 30%, tulburări de somn 29%, transpirații nemotivate 17% etc.) și mai ales a unor tulburări psihoafective (impulsivitate 41%, persecuții 13%, stări depresive 12%, culpabilitate 4% etc.).

În contextul simptomatologiei generale, aceste două tipuri de tulburări coexistau în proporție de 68% din cazurile cercetate. Tulburările neurovegetative fiind recunoscute ca efect al expunerii la CS_2, ne-am pus problema dacă perturbările psihoafective au sau nu vreo relație cu expunerea cronică la CS_2 sau sînt independente de aceasta, cu atît mai mult cu cît astfel de acuze au fost depistate și la muncitori aparent sănătoși. Investigațiile ulterioare au evidențiat că 1/3 din subiecții ce prezentau tulburări de dinamică sexuală (T.D.S.) cert de natură sulfo-carbonică acuzau la chestionarul clinic tulburări psihoafective (35%).

În acest context problema devine mai complexă sub raport etio-patogenic apărînd necesitatea precizării dacă tulburările psihoafective sînt consecutive și consecințe a tulburărilor de dinamică sexuală (condiționate de intoxicație cu CS_2) sau sînt independente de T.D.S. și pot fi apreciate ca tulburări ce preced sau însoțesc intoxicația cu CS_2.

În literatura de specialitate consultată de noi, Helen Heinienen, semnalează prezența tulburărilor psihoafective la subiecții expuși cronic la CS_2, cu și fără semne de intoxicație și menționează precocitatea acestor tulburări.

Au fost investigați clinic și paraclinic 189 de muncitori dintr-o uzină de vîscoză, cu expunere cronică la CS_2 între 2 și 15 ani, media fiind de 8,3 $\pm$ 3 ani, iar vîrsta muncitorilor a variat între 20 și 54 de ani cu o medie de 38 $\pm$ 9 ani.

Dintre acești muncitori, 123 au fost aleși aleator și supuși testării cu „Psihorater-ul", cu scopul depistării eventualelor tulburări de personalitate.

Rezultate și discuții

O analiză generală a morbidității lotului investigat indică o frecvență de 57% a formelor clinice de intoxicație prin CS_2 (20% sindrom astenovegetativ și 37% sulfocarbonism cronic), iar frecvența persoanelor indemne din acest punct de vedere a fost de 43% (27% sănătoși clinic și 16% prezentau diverse alte maladii).

Analiza „Psihorater-ului" ne arată pentru același grup de muncitori următoarele:

1. Din totalul lotului studiat, 60% prezintă tulburări de personalitate ce depășesc limita normalului și care ar necesita un examen psihiatric.

2. 23% din muncitori au fost găsiți „normal psihic", iar 17% au fost cotați ca „fragili";

3. Distribuția tulburărilor de personalitate nu este omogenă pe întregul lot, ea concentrîndu-se în mod evident la muncitorii care prezintă manifestări clinice de intoxicație sulfo-carbonică, fapt verificat statistic la $p < 0{,}001$ față de subiecții indemni din acest punct de vedere, și care ar conferi acestor manifestări caracter de profesionalitate, de etiologie toxică Reciproc este și ea valabilă, 48% dintre muncitorii cu T.P. prezentînd și sulfocarbonism cronic, procentaj ce crește la 72% dacă se iau în considerație și sindroamele asteno-vegetative de natură sulfocarbonică;

4. muncitorii „normal clinic" prezintă o incidență a tulburărilor de personalitate de 36%;

5. corelația constatată mai sus sugerează că producerea tulburărilor de personalitate ar trebui să fie dependentă de durata de expunere la toxic. Într-adevăr, incidenți T.P. crește brusc după o expunere la toxic mai mare de 5 ani, diferențe care se verifică statistic la $p < 0{,}01$, iar la subiecții „normal clinic" nu apar niciodată sub 7 ani vechime profesională.

6. O anumită importanță în producerea T.P. o are și vîrsta, rezultînd că acestea cresc progresiv pînă la 40 de ani, după care se stabilizează la un nivel înalt. Este important de semnalat că la

Scanned with OKEN Scanner

grupa persoanelor sănătoare clinic repartiţia T.P. este egală sub şi peste 40 de ani ca şi cum ar fi independentă de acest factor. Dacă diferenţiem lotul numai în două categorii de vîrstă sub şi respectiv peste 40 de ani, constatăm o incidenţă mai mare a T.P. la grupa de peste 40 de ani, verificabilă statistic la $p < 0,05$.

7. Categoria persoanelor cotate ca „fragili" înregistrează valori procentuale constante din punct de vedere al vîrstei, vechimii profesionale şi al grupelor nosologice de boală. Nu am putut elucida acest aspect dar presupunem intervenţia factorului constituţional şi nu a CS_2.

Din cele expuse mai sus rezultă clar că incidenţa T.P. este funcţie de prezenţa formelor clinice de intoxicaţie cu CS_2, durata expunerii la toxic, şi vîrsta muncitorilor (ca factor secundar în măsura în care condiţionează creşterea intervalului de expunere). La cumularea a doi factori : vechime peste 5 ani şi vîrstă peste 40 ani, se înregistrează maximum de incidenţă a T.P.

Prezenţa sau absenţa tulburărilor de personalitate stabileşte cu vechimea expunerii la CS_2 coeficiente de contingenţă (r) mai bune pentru vîrsta de peste 40 de ani :

$r = 0,141$ pentru vîrsta sub 40 ani ; $X^2 = 1,45$ (p 0,05) ;

$r = 0,273$ pentru vîrsta peste 40 ani ; $X^2 = 5,68$ (p 0,05).

Dacă studiem doar grupa subiecţilor normal clinic (27% din lotul total) apar evidente două aspecte :

— pentru această categorie de muncitori instalarea T.P. este independentă de vîrstă, subiecţii fiind distribuiţi egali faţă de pragul celor 40 de ani ;

— muncitorii normal clinic dar cu T.P. prezintă o impregnare mai mare cu toxic a organismului (TAI în medie egal cu 6,02), faţă de cei indemni psihic la care valoarea TAI este în limite normle (6,51). Deşi per total lot studiat, afirmaţia nu are valabilitate şi nici nu se verifică statistic, noi o prezentăm cu caracter de semnal.

Revenind la cele afirmate anterior, subliinem faptul că incidenţa T.P. se corelează cu prezenţa formelor clinice de intoxicaţie prin CS_2 la un grad înalt de semnificaţie statistică.

Concluzii

În încheiere, putem afirma că datele cercetărilor noastre concordă cu rezultatele autorilor finlandezi, deoarece putem răspunde afirmativ : „Expunerea cronică la CS_2 induce sau nu tulburări de personalitate ?" ; în sprijinul afirmaţiei vin următoarele fapte :

— incidenţa mare a T.P. în rîndul populaţiei expuse la CS_2 ;

— frecvenţa înalt semnificativă a T.P. la muncitorii cu forme clinice de intoxicaţie sulfocarbonică faţă de cei indemni din acest punct de vedere ($p < 0,001$) ;

— la persoanele expuse cronic acţiunii CS_2 dar fără semne de intoxicaţie, T.P. apar în 36% din cazuri, niciodată sub 7 ani vechime profesională şi nu sînt condiţionate de vîrstă.

Cele expuse argumentează utilitatea testării psihologice la angajare a muncitorilor şi urmărirea lor în timp de o manieră complexă, inclusiv psihiatrică, pentru a nu se periclita capacitatea de inserţie socială şi familială a acestora.

The authors investigated 120 workers by means of epidemiological, clinical and psychological studies, the existing relation between the chronic exposure to carbon disulphide and the appearance of the personality disturbances.

The analysis of the checklist (psychorater) revealed that 60 % of the examined workers showed some disturbances of their personality over normal limits. Their number was significantly higher among the subjects with clinical symptoms of CS_2 intoxication as compared with the healthy subjects ($p < 0,001$) and proportionally with their CS_2 exposure, too.

These personality disturbances were also found in 36% of the clinically healthy workers, but with minimum 7 years of occupational stage and a pathologic CS_2 absorption.

These findings demonstrated that the personality disturbances might appear during the chronic CS_2 exposure before the setting of clinical symptoms of the CS_2 intoxication and stress on the necessity of the psychiatric control in the aim of early detection of the behavioural disturbances.

CONSTRUCŢIE SISTEMICĂ ERGONOMICĂ ÎN SISTEMUL GENERIC „OM—MAŞINĂ—MEDIU"

P. Brânzei, V. Paraschiv, L. Poroch, N. Cosmovici, M. Şelaru, Mariana Paraschiv

— *Spitalul clinic de psihiatrie „Socola" — Iaşi*

Construcţia sistemică pe care o propunem încearcă o înscriere metodologică pe aceste coordonate. Pentru elucidare, prezentăm selectiv, cîteva caracteristici de construcţie sistemică precum şi avntajele acestei construcţii în activitatea de cercetare şi organizare a muncii. (V. anexa I).

Sînt incluse unsprezece sisteme : Sistemul activităţii profesionale (care se transformă în sistem ergonomic), trei sisteme de gradul I (Sistemul ontologic, ca sistem general de referinţă în construcţia sistemică a activităţii profesionale şi două sisteme de particularizare a activităţii umane, Sistemul antropologic şi Sistemul praxiologic, ca sisteme de determinaţie generală a structurii activităţii profesionale), trei sisteme de gradul al II-lea (Sistemul de personalitate, Sistemul fiziologic şi Sistemul de determinaţie a produsului şi a structurii activităţii profesionale) şi patru sisteme de gradul al III-lea (Sistemul de transformare a materiei prime, Sistemul tehnologic, Sistemul de funcţionalitate tehnică a utilajului şi Sistemul mediu artificial, ca produs al maşinii, materiei prime şi de variaţie tehnologică).

Sistemul, în general, cel ergonomic în special, este conceput ca o reţea unitară de relaţii, într-un cadru de elemente, cu o structură dată.

Vom încerca să clarificăm cîteva din noţiunile de bază cuprinse în construcţia sistemică propusă.

Sistemul ontologic, S.A. (ontologia acţiunii umane), reprezintă dimensiunile generale de umanizare a naturii şi a omului), Sistemul antropologic, S.B., (antropologia muncii), cuprinde dimensiunile de particularizare şi optimizare a activităţii profesionale sau dimensiunile de evidenţiere şi realizare a personalităţii umane în activitatea profesională) iar Sistemul praxiologic S.C., (praxiologia muncii), este considerat ca o dimensiune istorică a creativităţii tehnico-ştiinţifice.

Scanned with OKEN Scanner

Cele trei sisteme S.A., S.B., S.C., reprezintă dimensiunile maximale sau sistemele maximale de referință în construcția ergonomică a sistemului de activitate profesională și a restructurării profesionale.

Structura activității profesionale însumează totalitatea operațiunilor și frecvența lor în activitatea executantului. Ea este determinată de Sistemul de determinație a produsului în mașină. Această determinație poate fi apreciată sub două aspecte : ca sarcină de execuție profesională și ca structură.

Sistemul de determinație a produsului, S. 4, reprezintă de fapt o centralizare sistematică a relațiilor dintre cele patru sisteme de gradul al III-lea.

În construcția propusă de noi are loc o transformare a structurii activității executantului, într-un sistem de acțiune profesională, denumit, tot de noi, SISTEM ERGONOMIC.

Transformarea sistemică a structurii activității executantului într-un sistem de acțiune profesională, adică în sistem ergonomic, înseamnă :

a) Abordarea sistemică a posibilităților de acțiune ale omului ;
b) Transformarea omului profesional într-o rețea de subsisteme de acțiuni ;
c) Plasarea elementelor de structură a activității profesionale și frecvența lor în Sistemul neuropsihic (sistemul de personalitate) și Sistemul fiziologic.

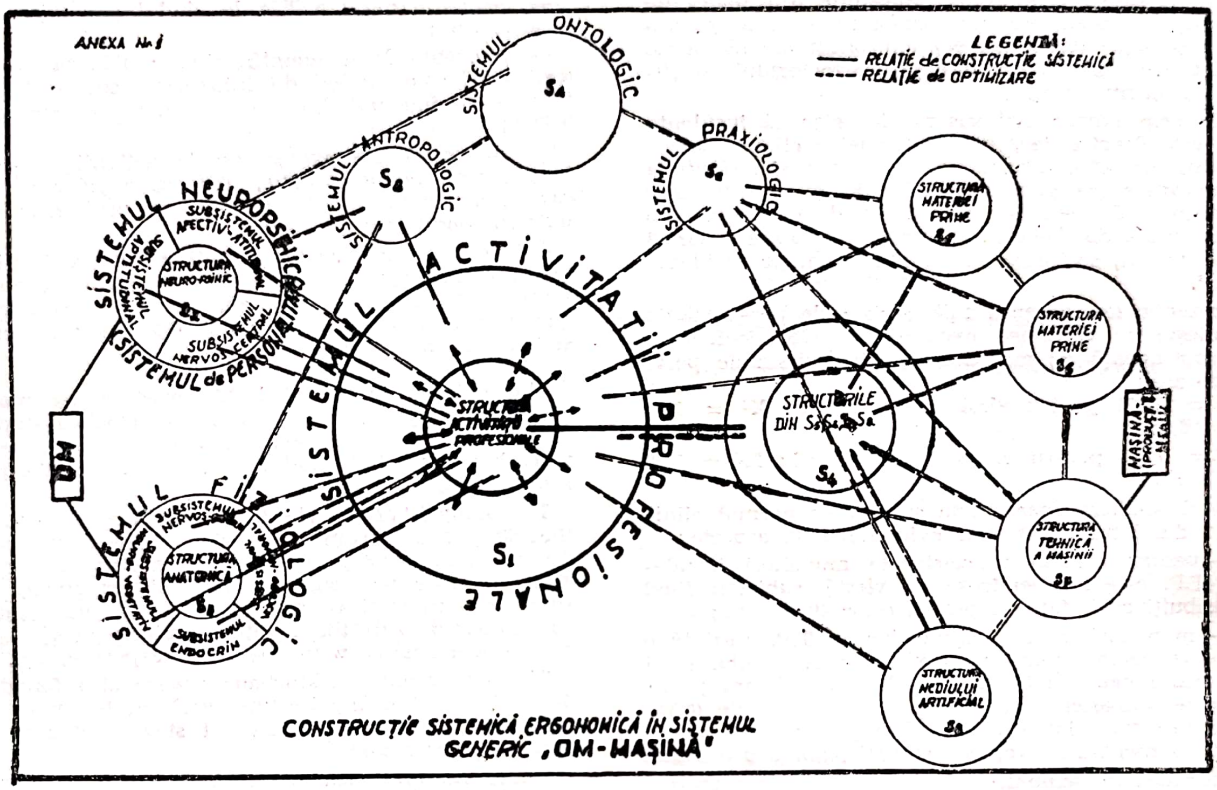
Construcția sistemică ergonomică în sistemul generic „om—mașină" apare ca o necesitate obiectivă și subiectivă impusă și cerută de tendințele comune și diferențiate existente în literatura de specialitate care tratează bazele teoretice fundamentale ale ergonomiei.

Dintre elementele comune semnalăm :

a) caracterul umanist al sistemului „om—mașină" ;
b) adaptarea și integrarea reciprocă între elementele sistemului ;
c) menținerea și refacerea capacității umane ;
d) evidențierea și realizarea personalității umane ;
e) asigurarea unui confort maxim pentru transformarea muncii într-o satisfacție subiectivă și obiectivă.

Ca elemente distinctive, de viziune unitară, semnalăm :

a) tendința de dominare a unor științe sau grupuri de științe care concură la realizarea sarcinilor ergonomiei, prin valorificarea metodologiei de cercetare și tendințele din domeniul cercetării ;
b) încercarea de a da amploare unuia din elementele sistemului ;



c) tendința de a materializa cercetarea ergonomică prin diferite tipuri de eficiență (socială, umană, economică, organizatorică, de decizie etc.).
d) încercarea de a pune un semn de egalitate între „Studiul muncii" și „Ergonomie".

Toate aceste caracteristici comune și diferențiate, au apărut datorită faptului că cercetările de ergonomie au abordat sistemul „om—mașină" fără a realiza o construcție sistemică în interiorul acestuia.

Dimensiunile de transformare a sistemului „om—mașină în sistem ergonomic vor asigura caracterul dinamic și în același timp unitar în cercetarea ergonomică.

După conturarea dimensiunilor de trnasformare a sistemului „om—mașină" în sistem ergonomic, după ce s-a realizat o construcție sistemică proprie în sistemul generic „om—mașină", vom încerca să prezentăm posibilitățile unilaterale de optimizare și relaționare în sistemul muncii, în afara preocupărilor de construire a sistemului ergonomic, precum și dezavantajele metodologiei clasice utilizată în cercetarea ergonomică a unui loc de muncă.

Studiul muncii, ca un ansamblu de metode utilizat pentru cercetarea activității executanților și a condițiilor tehnico-organizatorice în care aceștia își îndeplinesc sarcinile, în accepțiunea clasică, înseamnă considerarea structurii activității executantului numai sub aspectele sale de execuție. Clasificarea operațiunilor și a frecvenței lor în graficul executantului se realizează fără preocupări de construcție sistemică, nerealizîndu-se o apreciere concretă a factorilor care influențează și determină modificări în structura activității executantului, lipsind preocupările în optimizarea general umană a sistemului activității profesionale.

Scanned with OKEN Scanner

Abordarea timpului de muncă ca timp de care dispune un executant pentru a-şi îndeplini sarcinile de muncă şi aprecierea gradului de ocupaţie se realizează prin neglijarea completă a corelării operaţiunilor şi frecvenţei lor cu influenţa care o au în sistemele fiziologice şi de personalitate. Există o tendinţă de ocupare operaţională a timpului de muncă şi neglijarea unei menţineri în timpul de muncă a unei capacităţi profesionale sau a unei eficienţe profesionale. Măsurarea timpului de muncă este cuprinsă în graficul activităţii executantului.

În situaţia actuală, prin construcţia sistemică propusă, prin determinarea structurii activităţii profesionale se stabileşte timpul de muncă optim pentru natura activităţii profesionale. Apare o diferenţiere fundamentală între sistemul activităţii profesionale şi graficul activităţii executantului (prin graficul activităţii executantului noi de fapt măsurăm structura activităţii profesionale şi se rămîne la această fază). Prin dimensionarea relaţională a sistemului activităţii profesionale se stabilesc relaţii de optimizare a activităţii executantului cu toate elementele tehnice şi umane şi relaţii de valorizare cu elementele sistemelor ontologic, antropologic şi praxiologic.

Prin folosirea graficului executantului se încarcă, nejustificat, timpul administrativ de muncă, iar prin construcţia sistemică a sistemului activităţii profesionale se urmăreşte optimizarea timpului de muncă, fie prin reducerea timpului administrativ, fie prin modificarea frecvenţei operaţiunilor. Să clarificăm ce înseamnă măsurarea clasică a timpului de muncă şi abordarea sistemică a timpului de muncă. Măsurarea clasică se reprezintă sub forma enumerării sarcinilor executantului, în unitate de timp, frecvenţa lor, cît la sută din timp se consumă pentru o operaţie sau grupe de operaţii. Abordarea sistematică a timpului de muncă va însemna stabilirea indicatorilor de influenţă, în general (în subsistemele fiziologice şi de personalitate), a efectuării operaţiilor conturate în structura activităţii executantului în relaţie cu unităţi de timp.

În sistemul ergonomic, zona de deservire apare ca un raport optim între structura activităţii executantului (structura activităţii profesionale) şi sistemul activităţii profesionale. Raportul optim dintre structura activităţii executantului şi sistemul activităţii profesionale, (sau însăşi construcţia ergonomică a sistemului activităţii profesionale) ne dă zona de deservire.

Norma reprezintă cantitatea de produse rezultate într-o zonă de deservire stabilită, într-o unitate de timp. Prin construcţia sistemului ergonomic norma ne apare ca o menţinere sau nemenţinere a structurii activităţii executantului în sistemul de determinaţie a produsului (S.4) şi în subsistemele fiziologic şi de personalitate (S.2 şi S.3) ceea ce înseamnă realizarea sau nerealizarea normei. În structura activităţii executantului pot fi, şi de obicei există, factori de perturbaţie, prin intermediul lui S.4 (respectiv prin S.5, S.6, S.7, S.8), pe deoparte, sau prin intermediul lui S.2 şi S.3, pe de altă parte, fie ca perfomanţă, fie ca dereglare subsistemică.

În concluzie metoda de muncă clasică apare cu posibilităţi unilaterale de optimizare şi relaţionare în elementele sistemului „om—maşină". În sistemul activităţii profesionale, metoda de muncă se confundă cu însăşi structura activităţii profesionale. Astfel metoda de muncă înseamnă şi autoreglarea sistemului activităţii profesionale în relaţie cu modificările inevitabile ce au loc în structura activităţii profesionale. Referitor la abordarea sistemică a metodei de muncă vor fi luate în considerare unele afirmaţii cu referire la zona de deservire şi realiazrea normei.

Coordonatele cheie, în stabilirea metodei de muncă, vor fi considerate :

a) — ergonomizarea sistemului activităţii profesionale ;

b) — execuţia corectă a produsului care permite schimbarea opticii cu privire la problema calităţii.

Sub aspectul menţinerii stabilităţii structurii activităţii profesionale (luînd în considerare că în activitatea concretă de producţie, utilajul sau maşina este integrată într-un grup productiv de utilaje, ca dimensiune cantitativă a unui proces concret de muncă) structura statutului profesional a posturilor profesionale din S.5, S.6, S.7, S.8 (care asigură reglarea acestor subsisteme) se profilează ca un factor esenţial atît în menţinerea structurii activităţii profesionale cît şi în stabilirea metodei de muncă. Deci factorii organizaţionali devin direct legaţi de problematica sistemică a sistemului generic „om—maşină", în varianta sa de construcţie sistemică, ergonomică. În formula clasică factorii organizaţionali sînt priviţi numai sub aspectele psiho-sociale, organizatorice, ca relaţii umane.

Menţinerea structurii activităţii profesionale în S.5, S.7, S.8, înseamnă în primul rînd structurarea organizatorică a structurii de activitate profesională (ca posturi profesionale) care să asigure reglarea acestor subsisteme, structuri profesionale, cu sisteme de activitate profesională, ergonomică. Stabilirea metodei de muncă după metodologia clasică propusă de Studiul muncii este o abordare neraţională a structurii activităţii executantului.

Problematica relaţiilor umane într-un proces de muncă se reduce în final la ergonomizarea sistemului de activitatea profesională, pe posturi profesionale, avînd ca bază structurarea de structuri de activităţi profesionale care să facă posibilă atît reglarea sistemelor S.5, S.6, S.7, S.8, cît şi menţinerea structurii activităţii profesionale a executantului. Relaţiile umane se reduc la dimensionarea activităţii profesionale, care să asigure atît realizarea dimensiunilor profesionale de personalitate cît şi a celor general umane.

Conlucrarea dintre posturile profesionale sau intersecţia sistemică între sistemele care duc la construcţia sistemică ergonomică indică problema conducerii sau a coordonării intersecţei sistemice de activităţi profesionale într-un proces concret, complex de muncă. În general problematica conducerii o putem reduce la reglarea unui complex de relaţii sau intersecţii sistemice. Funcţiile de conducere sînt funcţiile de coordonare şi funcţia de executant dispare într-o complexitate de relaţii sistemice, care contribuie la reglarea generală a stabilităţii sistemice.

Dacă metoda de muncă reprezintă însăşi construcţia ergonomică a sistemului activităţii profesionale, devin necesare şi stabilirea unor corelaţii de bază între S.2 şi S.3 şi sistemul activităţii profesionale (aceasta în cadrul orientării cercetării complete). Dacă structura activităţii executantului este menţinută de posturi profesionale din S.5, S.6, S.7, S.8, execuţia ei de către executantul concret va fi susţinută în S.2 şi S.3. Aici intervin concepţiile de eficienţă a activităţii profesionale, de continuitate normală în timpul de muncă sau menţinerea capacităţii de muncă în timpul de lucru. Problema cheie va fi stabilirea de către cercetare a posibilităţilor de menţinere a acestei capacităţi în S.2 şi S.3. În final ea se va reflecta în construcţia eficienţei sistemice concrete. Tot în acest cadru se va analiza problematica determinării, la nivel de cercetare, a programului concret de manifestare aptitudinală, a înscrierii lui într-o dezvoltare aptitudinală, într-o aptitudine dată, precum şi posibilitatea testelor psihologice de identificare a aptitudinilor, atît în structura neuropsihică cît şi a programului de manifestare aptitudinală concretă în cadrul nivelului aptitudinal depistat. În acest mod stabilim dimensiunile aptitudinale şi concretizarea aptitudinală într-un sistem dat de activitatea profesională.

Deci construcţia sistematică a activităţii profesionale la nivelul aptitudinal, înseamnă stabilirea unui raport optim între structura activităţii executantului şi programul concret de manifestare aptitudinală şi,

Scanned with OKEN Scanner

indirect, posibilitatea dezvoltării aptitudinale într-un program concret de manifestare aptitudinală. Un psiholog nu poate trece direct la un program concret de manifestare aptitudinală pînă nu cunoaște caracteristicile care circumscriu fiziologic această manifestare (cu referințe la totalitatea subsistemelor fiziologice care pot influența aceasta).

Într-un anumit aspect putem considera structura activității executantului ca o incompletitudine în sistemul de determinație a produsului.

Pe lîngă efectuarea de către executant a structurii activității profesionale se pune problema cunoașterii (tot de către executant) a acestei structuri, în varianta sa de defecțiune sistematică la nivelul sistemului S.4. Deoarece executantul rămîne față în față cu mașina trebuie să se stabilească la nivelul calificării acestuia, necesarul de cunoștințe care să permită atît prevenirea măririi coefciientului de determinație în S.4 cît și a menținerii lui constante (aceasta cu prioritate la S.6 și S.7). Devine astfel posibilă însăși stabilirea unui nivel de calificare (aceasta la nivelul execuției concrete), care să permită menținerea unui program de manifestare concretă aptitudinală. Deci între calificarea și menținerea programului de manifestare aptitudinală concretă există o relație direct proporțională.

În general, ritmul unei activități profesionale (chiar ca performanță) nu trebuie căutat prin metode M.T.M. de raportare în timp a activității concrete (în totalitatea structurii activității executantului) ci trebuie analizate în S.2 și S.3 pentru a determina vitalitatea lor în sistemul activității profesionale. Deci devine necesară o determinare complexă a fiecărei operații din structura activității executantului. Aceasta înseamnă de fapt construcția și optimizarea sistematică în sistemul activității executantului.

Deci, în final, prin stabilirea metodei de muncă vom înțelege în general, construcția și optimizarea sistemului activității executantului și în concret, construcția și optimizarea tuturor sistemelor care sînt relație de construcție și optimizare sistematică cu sistemul activității profesionale.

Eficiența economică poate să apară și ca o cantificare a eficienței umane în aspectul ei de creare de valori materiale. Eficiența economică poate să mai apară și ca o măsură valorică a unei activități productive determinate. Există posibilitatea de a valoriza economic o activitate determinantă comparativ cu alte activități determinante. Problema însă se pune de a stabili atît rețeaua de relații care prefigurează valorizarea economică a unei activități determinate cît și de a stabili indicatorii pentru activitatea de valorizare economică comparativă.

Economicul trebuie văzut în totalitatea relațiilor dintre o activitate productivă, determinată și în special în organizarea acestei activități. Nu se poate opera economicul într-o activitate productivă determinată fără a ține cont de totalitatea relațiilor. Construcția sistematică consecventă într-o activitate productivă determinată, plecînd de la nucleul ergonomic al sistemului activității profesionale, ne va permite evidențierea factorilor care influențează valorizarea economică a activității respective.

Productivitatea muncii în această valorizare economică va apare în două ipoteze : atît la nivelul praxiologiei muncii (ca revoluție tehnico-științifică, într-un tip de utilaje cu aceeași destinație productivă), cît și la nivelul unei activități productive determinate cu posibilități organizatorice sau de optimizare sistematică limitată. Depinde de la ce nivel efectuăm valorizarea economică a unei activități determinate, de nivelul praxiologic, de la acțiuni determinate sau de la nivelul fluctuației prețurilor.

Concret ar trebui să urmărim cum favorizează construcția sistemică și optimizarea sistemică posibilitatea valorizării economice a unei activități productive determinate.

În general analiza economică se va deschide în totalitatea coordonatelor în care este înscrisă o activitate productivă, coordonate evidențiate prin construcția sistemică complexă.

Conceptul de eficiență economică își capătă dimensiuni de flexibilitate maximă, între abstracțiunea esenței și concretețea activităților în care se manifestă fenomenul economic.

De asemenea, conceptul de eficiență umană devine verificabil și determinabil prin însăși determinarea tuturor aspectelor biologice, psihologice, tehnice etc. în care este inclus omul concret.

Abordarea sistemică, construcția sistemică a fenomenelor ce au loc în sistemul generic „om-mașină" reflectează cu claritate dimensiunile cercetării multidisciplinare, disciplinile care își pot aduce contribuția în construcția sistemică din activitățile productive concrete, orizontul de cercetare pentru fiecare disciplină în parte și în final cerința absolută a comportării echipei de cercetare multidisciplinară cu toți specialiștii necesari, specializarea la limita contemporană din domeniul respectiv a fiecărui cercetător în parte; cadrul interdisciplinar este conturat cu precizie în modelarea sistemică generală a cercetării.

PROGRESUL TEHNIC ȘI CALITATEA VIEȚII

I. Dorofte, D. Iliescu
— Institutul politehnic — Iași

Mediul industrial și tehnica modernă constituie pentru o mare parte din populație nu numai cadrele desfășurării unei jumătăți din viața activă, ci și elementele definitorii ale vieții personale.

Mutațiile structurale ce se impun în diferite etape ale dezvoltării industriale influențează puternic calitatea vieții și a sănătății nu numai în sensul bine cunoscut al reducerii morbidității generale, ci mai mult, determină conținutul și nivelul satisfacției și realizării personale.

Este mai presus de orice îndoială că noua revoluție de factură copernicană ce a pătruns în știință este reconsiderarea importanței subiectivității umane. Rămînînd ca un istoric prezumtiv să explice paradoxul dar, începuturile științelor umane sînt dominate de concepții mecaniciste. Eroarea ce a limitat mult dezvoltarea vechii psihotehnici a fost încercarea de a prezice performanțele în muncă pornind doar de la predictori intrinseci individului. Situată în afara contextului efectiv al activității, această tentativă va rămîne simplistă și ineficace. Or, această veche mentalitate nu a fost caracteristică numai pentru psihologie, ci, în general, tuturor concepțiilor despre om într-o anumită perioadă.

Pe parcursul dezvoltării sistemelor de producție se manifestă o concentrare a uneia din tendințe. Relația dintre tehnologie și structura socială a industriei, între procesul de producție și relațiile sociale este una din cele mai fundamentale ale științelor umane. Interpătrunderea dintre tehnologie și calitatea vieții este puternică și remarcăm meritul lui Marx de a o pune în centrul concepției sale revoluționare. Prin muncă „acționînd astfel asupra naturii exterioare și transfor-

Scanned with OKEN Scanner

mînd-o, el transformă totodată propria sa natură". Cele mai importante realizări ale personalităţii umane indică drept principal izvor şi frînă activitatea productivă. Tocmai subestimarea dimensiunii fundamentale limitează orice încercare de constituire formală a teoriei ştiinţifice a personalităţii.

În prezent, această perspectivă este pe cale de a fi depăşită, ştiinţele socio-umane desemnînd realitatea interpedendenţei tehnologiei şi relaţiilor umane prin conceptul de „sistem socio-tehnic", dezvoltat de colectivul Tavistock Institute of Human Relations. Sistemul tehnic se referă la partea fizică, maşinăria organizării proceselor. Natura tehnologiei permite şi determină eficacitatea activităţii. Dar nu există sistem tehnic în afara sistemului social, ci dimpotrivă acesta apare ca o diviziune funcţională a sistemului total. Cea mai cunoscută clasificare a acestei diferenţieri rămîne aceea a lui Katz şi Kahn, prin delimitarea următoarelor sisteme: de producţie, de susţinere, de menţinere, adaptativ şi managerial. K. Marx s-a ridicat cu vehemenţă împotriva consecinţelor disfuncţionale pentru valorile sistemului social provocate de exacerbarea determinismului strict tehnologic ce duce la alienarea muncitorului: muncitorul nici nu consideră munca ca o parte din însăşi viaţa sa, propia lui viaţă începe abia după muncă". Aceste consecinţe sînt diferite pe parcursul evoluţiei sistemului socio-tehnic.

Tehnologii tradiţionale. Ceea ce caracterizează producţia artizanală ce precede industrializarea este caracterul complex şi dificil al vechilor meşteşuguri. Meşterul îşi cucereşte „brăţara de aur" prin exersare îndelungată în cadrul breslei, singura deţinătoare a secretelor profesionale. Produsele nu sînt standardizate. Muncitorul tradiţional nu este dominat de sistemul tehnic, fiind controlor al calităţii şi cantităţii producţiei. El este pus astfel zilnic în faţa solicitării de a rezolva noi probleme. Contactul cu produsul este direct, permiţînd identificarea personalităţii acestuia cu rezultatul priceperii sale. Ca şi Pygmalion, artizanul se leagă afectiv de realizările sale, în care nu depune numai trudă, ci şi pasiune.

Tehnologii de asamblare. Acesta este cazul în care diviziunea şi fragmentarea muncii atinge apogeul. Adam Smith a fost acela care a impus teoretic avantajele specializării. Acestea ar fi: o creştere a abilităţii fiecărui muncitor, economisirea timpului pierdut pentru a trece de la o sarcină la alta; invenţia de maşini ce simplifică munca omului. Principiile organizatorice (ştiinţifice cum le vor autointitula adepţii acestei direcţii) sînt 1. extrema subdiviziune a sarcinilor; 2. predeterminarea metodelor muncii şi 3. o viteză mecanică impusă de bandă.

Elementul cel mai simpul al muncii astfel subdivizate a devenit postul. „Postul de muncă este cea mai mică unitate tehnologică şi economică concurînd la producţia atelierului". La capătul acestei evoluţii munca este redusă la „parcele", fiecare muncitor repetînd la infinit un număr limitat de gesturi, atît de strict codificate şi standardizate pe cît e posibil. Muncitorul modern nu mai are o „meserie", ci doar un „job", o ocupaţie. Dacă dezvoltarea uneltelor a lărgit cercul profesiunilor, cu aplicarea sitemului de maşini automatizate, acest cerc se sfarmă în zeci de mii de specializări, din care sînt însă, totodată, eliminate deosebirile esenţiale. Media sarcinilor de asamblare constă în una sau două operaţii. Munca este extrem de repetitivă şi orice iniţiativă este acceptată numai inginerilor din cercetare. De altfel, Taylor crede că separarea între sarcinile de concepţie şi decizie şi cele de execuţie este un factor fundamental al creşterii productivităţii.

În Franţa, aceşti muncitori sînt numiţi O.S. (ouvrier spécialisé) şi reducerea ponderii acestora pare a deveni un deziderat al progresului societăţii moderne. Această tendinţă nu are numai o motivaţie umanistă, ci şi o eficienţă economică strictă. Este adevărat că unele persoane se complac într-o anumită stare numită de Fridmann „le travail en miettes". Astfel, o anchetă efectuată într-o uzină pariziană arată că o parte din tinerele investigate preferă adesea sarcinile monotone, ce permit în final spiritului să viseze liber în timpul producţiei. De asemenea, anumiţi indivizi la limita patologiei mentale, pot găsi satisfacţii în muncile ce nu cer nici o iniţiativă.

Tehnologii în proces continuu. Acestea sînt caracteristice industriei chimice. Muncitorii nu intervin direct în procesul de producţie, ci efectuează doar controale şi remedieri. Menţinerea parametrilor la valori constante se realizează în general atuomat. Totuşi, operatorii pot preîntîmpina printr-o strategie corectă eventualele gîtuiri ale fluxului. În timpul programului aceştia dispun de un oarecare „timp liber", fiind în afara constrîngerilor implicate de banda rulantă. Studiile experimentale dovedesc că alienarea şi frustraţia muncitorilor se reduce în cazul tehnologiilor continue.

Tehnologii automatizate. În fapt, automatizarea se referă la trei direcţii independente ale progresului tehnic, transferul tehnologic de la maşinile unelte la liniile de producţie automate; dezvoltarea tehnicii de control automat asupra procesului manufacturii; uzul computerelor în programarea şi conducerea producţiei. Posibilitatea aplicării automatizării depinde de natura specifică a produselor, astfel producerea benzinei este mult mai uşor de automatizat decît fabricarea automobilelor, ce au mii de repere.

Automatizarea implică o nouă dinamică a relaţiilor socio-industriale. Se manifestă o tendinţă a creşterii autonomiei şi responsabilităţii muncitorilor. G. Durand, C. Prestad şi A. Wiaener efectuează un studiu experimental în cadrul mai multor uzine, într-o perioadă îndelungată de timp şi delimitează tipurile principale de transformări ce acompaniază progresul tehnic. Acestea vor fi redate pe scurt în continuare.

Analiza sarcinilor

I. Tipuri de intervenţie asupra materialului

a) tip de acţiune asupra materialului:
   1. intervenţii directe
   2. intervenţii prin intermediul maşinii
   3. acţiune la distanţă.

b) tipuri de acţiune asupra maşinii:
   1. acţiune indirectă asupra maşinii
   2. acţiune de declanşare a maşinii
   3. intervenţii de reglare intermitente

c) regularitatea intervenţiilor:
   1. intervenţia la fiecare ciclu
   2. intervenţii ocazionale
   3. intervenţii foarte rare

d) stereotipurile de intervenţii:
   1. variabilitatea intervenţiilor
   2. stereotipia comportamentului

e) precizia intervenţiilor:
   1. aproximativă
   2. precizie medie
   3. limite de toleranţă foarte strînse

f) rapiditatea intervenţiilor:
   1. ritm de muncă rapid
   2. ritm de muncă foarte rapid
   3. reacţii rapide

g) natura experienţei profesionale:
   1. învăţarea unei arte
   2. automatizarea manipulărilor
   3. formarea prin cunoştinţe explicate.

Scanned with OKEN Scanner

Definirea profilurilor etapelor modernizării

	I. Tip manual artizanal	II. Tip mașinist mecanic operatori		III. Tip de supraveghere
Organizarea muncii				
1. pregătirea muncii	consemne puține	consemne precise		consemne precise
2. diviziunea muncii		parcelară	operații regrupate	muncă specializată
3. control al muncii	autocontrol	heterocontrol	control specializat	control specializat
4. natura semnalelor	semnale implicite și concrete	apariția semnalelor explicite și abstracte		predominența semnalelor explicite și abstracte
Relații de muncă				
5. natura relațiilor	echipă	în lanț		rețea
Tipuri de intervenții	directe	prin intermediul mașinii		la distanță
6. intervenții asupra materialului				
7. tipuri de acțiune asupra mașinii	indirecte	declanșare directă		reglaje intermitente
8. regulamentări ale intervenției	fiecare ciclu	fiecare ciclu		ocazionale

Dans cet article on se propose d'inclure la notion de la qualité de la santé dans le cadre du concept, plus large, de qualité de la vie.

Le progrès technique influence sur l'état de la santé de la population tant directement, par la réduction de la morbidité générale, que indirectement, par la détermination du niveau de la satisfaction et de la réussite personnelle.

On distingue quatre étapes dans l'interaction progrès technique — qualité de la vie :

1. Technologies traditionnelles ;
2. Technologies d'assamblement ;
3. Technologies de processus continuel ;
4. Technologies automatisées.

METODE ERGONOMICE DE RECUPERARE ȘI PROTEJARE A SITUAȚIILOR DE RISC ȘI EȘEC ADAPTATIV SOCIO—PROFESIONAL UZINAL

P. Brânzei, V. Paraschiv, M. Șelaru, N. Cosmovici, Fr. Dămătîrcă, Mariana Paraschiv
— *Spitalul clinic de psihiatrie „Socola" — Iași*

Comunicarea de față își propune drept scop semnalarea și cercetarea factorilor bio-psiho-sociali, care au contribuit la apariția unei astfel de situații de limită, de risc și eșec adaptativ socio-profesional, determinarea și aprecierea gradului de perturbare a nivelului aptitudinal dominant al handicapatului industrial și posibilitățile de valorificare a acestui potențial prin integrare socio-profesională, într-o muncă utilă, printr-o reorientare și reprofilare spre meserii asemănătoare, adaptate sau restructurate, în care să se poată evidenția și realiza personalitatea umană, să se asigure protecția stării de sănătate și capacității de muncă.

O astfel de metodă de integrare a handicapatului industrial într-o muncă social utilă organizată prin adaptarea, modificarea sau restructurarea activității profesionale a executantului în raport cu gradul de perturbare a nivelului spiritual, a stării de sănătate și a capacității de muncă am denumit-o „ergoterapie industrială". Ea se află la intersecția dintre ergonomia

de corecţie (în special aspectele de adaptare a omului la muncă sa prin selecţie, orientare şi reorientare profesională) şi ergoterapia medicală, clinică, prin spitalizare (ca metodă de tratament clinic al handicapatului propriu-zis în care munca apare ca un factor activ al vindecării), depăşind sfera handicapatului psihic, incluzînd toate categoriile de risc şi eşec adaptativ socio-profesional.

Analizîndu-se compoziţia, structura şi afecţiunile eşantionului de handicapaţi din întreprindere, care a cuprins un număr de 350 de subiecţi, factorii care au favorizat apariţia situaţiei de risc, psihoprofesiogramele meseriilor de unde au provenit aceştia, rezultatele obţinute la exploatările funcţionale medicale şi examenele psihologice pentru măsurarea aptitudinilor, a indicaţiilor şi controindicaţiilor medicale pentru meseriile de bază (ţesător, filator, bobinator, finisor, etc.) s-a ajuns la concluzia că o parte din aceştia ar putea fi integraţi şi reprofilaţi pentru activitatea de confecţioner prin înfiinţarea pe lîngă întreprindere a unui atelier de croitorie de serie mică care să valorifice în acelaşi timp deşeurile, cupoanele sau căzăturile din pînză. Un astfel de loc de muncă, conceput şi organizat după toate rigorile ergonomice, din care să dispară majoritatea factorilor bio-psiho-sociali, perturbatori ai capacităţii de muncă şi stării de sănătate, contraindicaţi unui astfel de categorii de subiecţi, s-ar putea transforma într-o modalitate eficientă de practicare a ergoterapiei industriale integrative şi s-ar putea transforma într-un puternic şi adevărat „atelier de ergoterapie industrială textilă".

Iată cîteva argumente pentru orientarea spre un astfel de atelier de croitorie numit de noi în cadrul cercetării „atelier de ergoterapie industrială" :

— analiza comparativă, obiectivă dintre organizarea ergonomică a locurilor de muncă de unde a provenit handicapatul şi posibilitatea proiectării unui atelier de croitorie care să respecte într-u totul principiile ergonomice ;

— analiza comparativă critică dintre nivelul solicitărilor psihice dominante, necesare meseriilor din industria bumbacului şi meseriei de confecţioner, dintr-un atelier de croitorie ;

— analiza comparativă dintre structura activităţii profesionale a executantului la cele două tipuri de operaţii.

Ambianţa generală ergonomică într-un astfel de atelier se referă la : organizarea activităţii pe două schimburi, poziţie şezînd pe un scaun (micşorarea bilanţului consumului energetic), eliminarea zgomotului de peste limita admisă, iluminat normal, microclimat confortabil, dispariţia zonei de deservire multiplă şi realizarea unei proporţii normale dintre activitatea de supraveghere şi de intervenţie, adaptare lejeră la ritmul de muncă, crearea unor condiţii concrete de stabilire, respectare şi plasare a T.O.N. după criterii bio-psihice (T.O.N. contribuie la menţinerea şi refacerea capacităţii de muncă), introducerea gimnasticii productive şi a muncii funcţionale, folosirea eficientă a regulilor economiei de mişcări prin posibilitatea reglării maşinii, mesei şi a scaunului la dimensiunile antropometrice individuale, concrete a executantului, crearea unui climat socio-afetciv specific microgrupului terapeutic cu relaţii interpersonale preferenţiale care contribuie la eliminarea tensiunilor afective şi la crearea unor motivaţii superioare pentru continuarea activităţii industriale.

Una din dificultăţile majore care stau în faţa factorului de decizie şi a cercetătorului o constituie selecţionarea şi stabilirea grupului limitat de persoane cu risc adaptativ care va lucra în prima etapă, experimentală, pentru a putea urmări şi cerceta efectele economice şi terapeutice ale unui astfel de atelier, pornind de la faptul că el poate exista numai printr-o eficienţă economică şi umană, în condiţiile păstrării unei rentabilităţi optime pentru întreprindere.

S-a procedat la o primă selecţie luîndu-se drept criteriu structura morbidităţii grupului, contraindicaţiile medicale pentru meseria de confecţioner, după care s-a pornit la investigarea psihologică, cu o baterie completă de teste care a fost stabilită printr-o analiză comparativă dintre calităţile şi aptitudinile necesare meseriei de confecţioner. Din această analiză s-a desprins următoarea concluzie : în mare, solicitările psihice dominante pentru meseria de confecţioner sînt aceleaşi ca şi pentru meseriile de unde provin persoanele cu risc adaptativ, numai că nivelul lor diferă.

Pentru selectarea primului grup s-au aplicat celor 350 de subiecţi aceleaşi probe psihologice pentru a compara rezultatele obţinute la nivelul grupului pe întreprindere, administrîndu-se astfel :

— probe colective, de tipul „hîrtie-creion" care scot în evidenţă elementele de structură psiho-genetică, a căror rezultate nu sînt influenţate de pregătirea şcolară sau profesională ;

— probe individuale, de tipul aparatelor şi dispozitivelor, în care accentul cade pe randamentul în timp al subiectului.

S-au analizat rezultatele obţinute pe grupul de 350 de persoane cu risc adaptativ, la fiecare probă, comparativ cu rezultatele obţinute la nivelul întreprinderii, pe baza distribuţiei normale a rezultatelor brute, cu scopul de a urmări şi scoate în evidenţă modul în care starea de sănătate a acestora a influenţat asupra nivelului aptitudinal ca şi posibilitatea detectării unui număr de subiecţi care prin rezultatele obţinute la toate probele, să se poată încadra în decilele superioare cerute de structura activităţii executantului din atelierul de croitorie.

Iată cum se prezintă distribuţia normală a rezultatelor obţinute la cele 12 probe psihologice, pe cele trei grupe, (grupul general normal, grupul handicapat şi grupul selectat pentru recuperare în atelier) aşu cum reiese din fig. 1 — 12.

Prezentăm în continuare evoluţia nivelului aptitudinal restant la handicapaţii recuperaţi prin testare şi retestare, după 12 luni, vizînd cele 4 dominante : capacitatea funcţională a atenţiei (fig. 13), variaţia ritmului (fig. 14), variaţia coordonării manualului (fig. 15), variaţia dexterităţii (fig. 16) şi variaţia nivelului aptitudinal general prin însumarea celor patru dominante (fig. 17).

Din experienţa de 12 luni a atelierului de ergoterapie integratoare s-a putut constata posibilitatea reinserţiei într-o muncă restructurată atît prin conţinut cît şi prin reorganizarea sa.

În concluzie cercetarea noastră poate evidenţia următoarele constatări :

1. La nivelul intreprinderii se poate vorbi de existenţa unui grup de persoane cu risc dezadaptativ ;

2. Pe baza conceptului ecologic tridimensional bio-psiho-social, aplicat simultan se pot diagnostica factorii care au contribuit la apariţia handicapatului industrial ;

3. Cu ajutorul exploatărilor funcţionale, fiziologice şi testelor psihologice se poate stabili cu rigurozitate gradul de perturbare a nivelului aptitudinal cît şi posibilităţile de readaptare la activitatea industrială ;

4. Alături de ergonomia de corecţie şi ergoterapia clinică se poate vorbi de o treaptă intermediară pe care am denumit-o „ergoterapie industrială integratoare" ;

5. Ergoterapia industrială integratoare nu poate şi nu trebuie confundată cu reorientarea profesională, deşi dinamic o poate presupune ;

6. Prin ergoterapie industrială nu se înţelege numai integrarea handicapatului psihic ci şi a celorlalte categorii de morbiditate cu incapacitate temporară de muncă ;

7. Ergoterapia industrială integratoare poate fi extinsă atunci cînd preocupările specialiştilor în echipă

Scanned with OKEN Scanner

se orientează spre evidențierea unor noi structuri de activitate profesională social-utilă ;

8. Ergoterapia industrială se poate încadra printre metodele specifice activității de promovare și apărare a stării de sănătate a angajaților ;

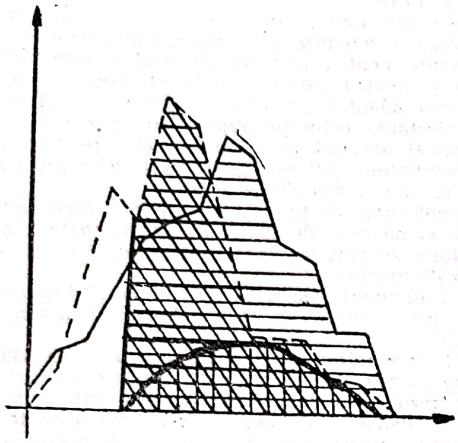


Fig. 1

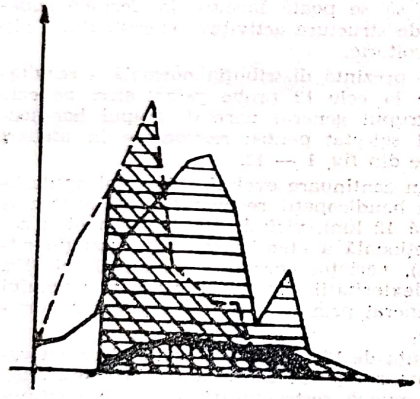


Fig. 3

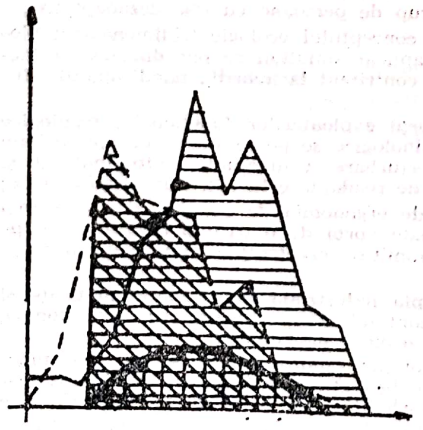


Fig. 5

9. Ergoterapia industrială trebuie gîndită și realizată numai prin cercetare interdisciplinară, în echipă complexă, ceea ce presupune o încadrare corespunzătoare a echipei de ergonomie ca și stabilirea unor relații funcționale interinstituționalizate

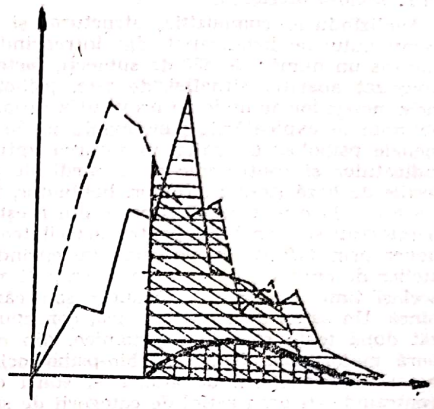


Fig. 2

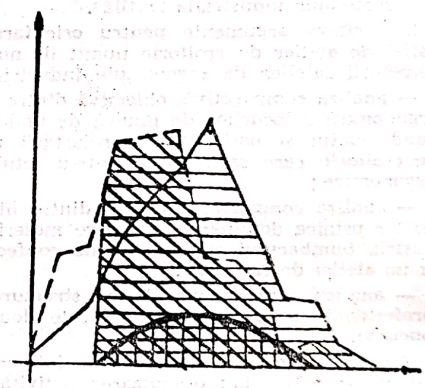


Fig. 4

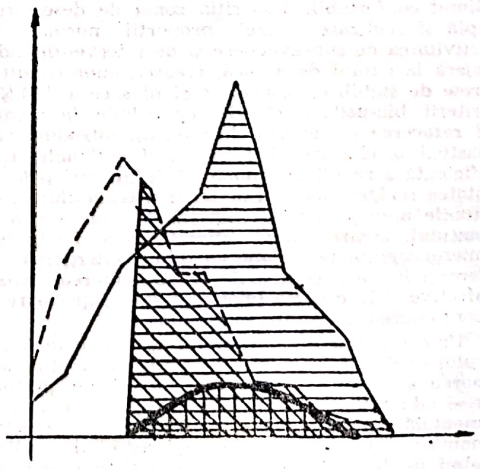


Fig. 6

Scanned with OKEN Scanner

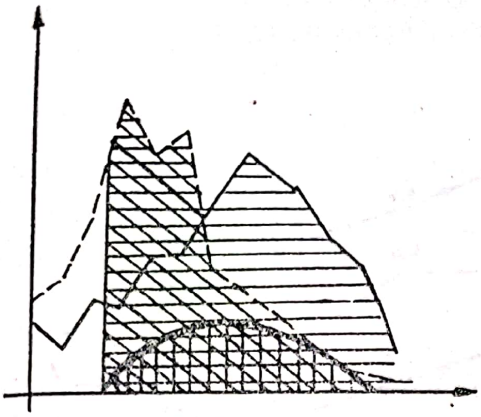


Fig. 7

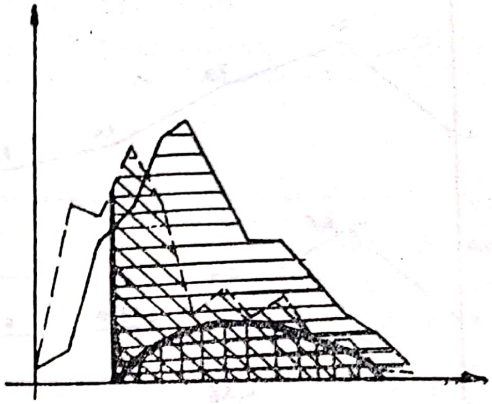


Fig. 8

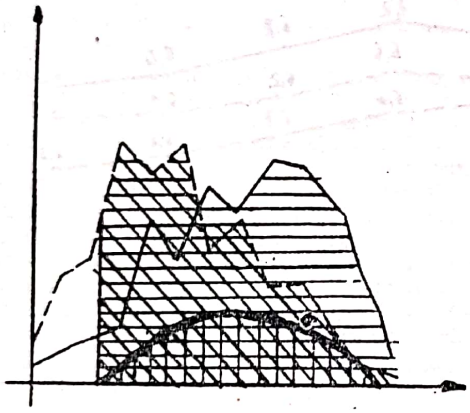


Fig. 9

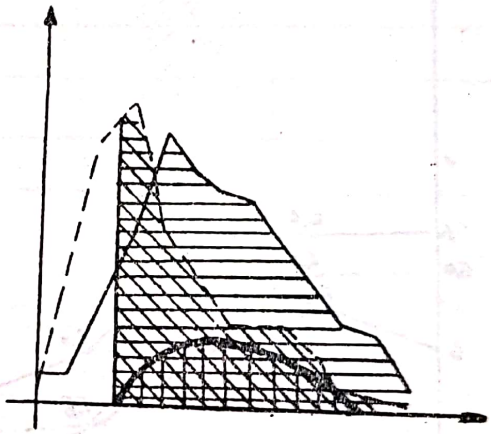


Fig. 10

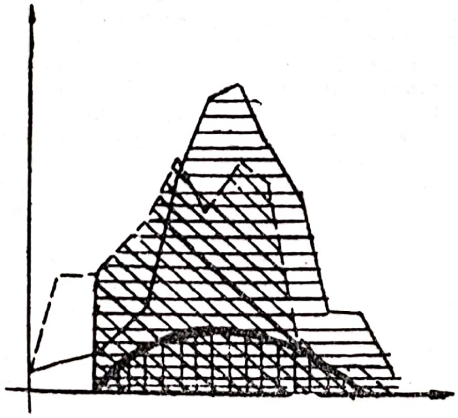


Fig. 11

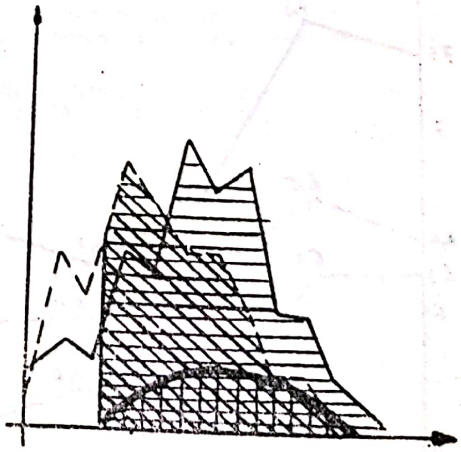


Fig. 12

Scanned with OKEN Scanner

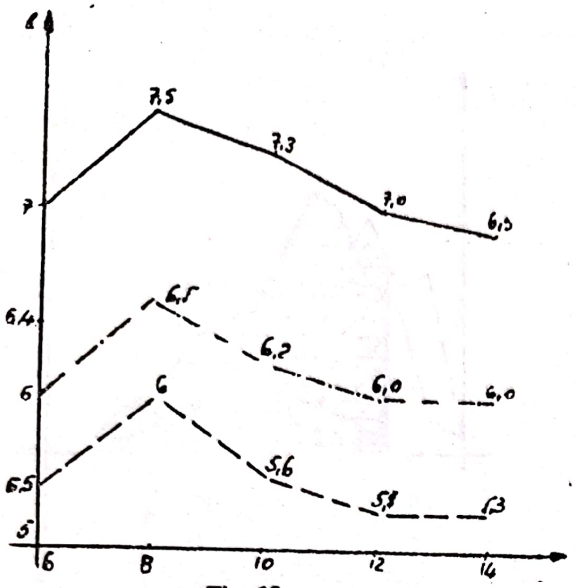


Fig. 13

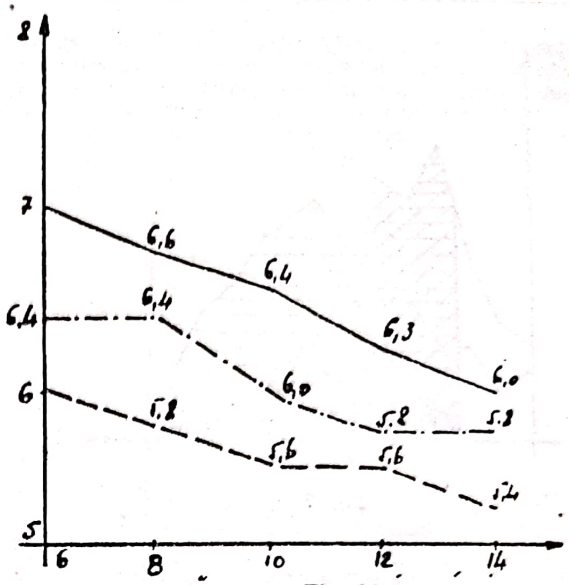


Fig. 14

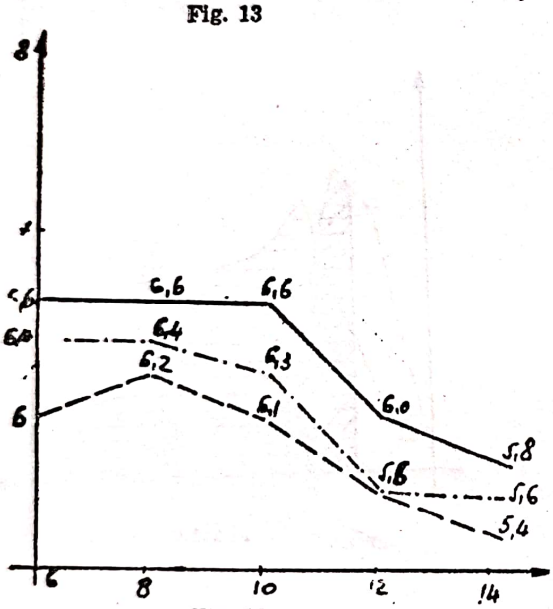


Fig. 15

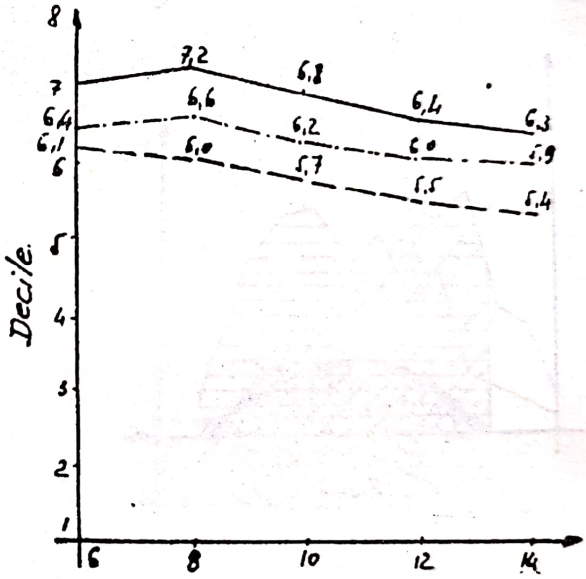


Fig. 16

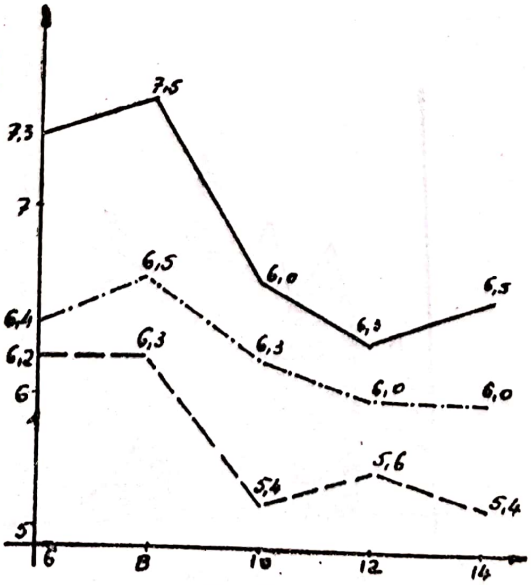


Fig. 17

ELEMENTE ERGOLOGICE ÎN COMPONENŢA DEMERSULUI EXPLORATIV VIZÎND OPTIMIZAREA ACTIVITĂŢII L.S.M.

R. N. Priboi, I. Manea, Alexandrina Mihalache
— Laboratorul de sănătate mintală — Galaţi

Responsabilitatea şi competenţa L.S.M. includ acţiuni ce se referă cu deosebire la profilaxia primară, secundară şi terţiară a îmbolnăvirilor psihice — componente principale ale demersului explorativ din sistemul de perspectivă a optimizării operaţionale. Ilustrînd raportul dialectic între demersul normativ şi cel explorativ într-un astfel de sistem euristic-pragmatic la iniţiativa factorilor de decizie, în cursul anului 1977, un grup interdisciplinar (angrenînd serviciile : psihiatrie, sociologie, psihologie, expertiza capacităţii profesionale, medicina muncii — din cadrul Direcţiei Sanitare judeţene şi Direcţiei Muncii) a declanşat un studiu orientat spre elaborarea unei strategii comune privind acţiunile de sanogeneză mintală în teritoriu. Necesitatea convergenţei interdisciplinare în studierea morbidităţii psihice a rezultat nu numai din existenţa avantajelor incontestabile ale unui demers ştiinţific multidimensional ci şi din natura complexă a fenomenului în sine care nu poate fi cuprins organic într-un spaţiu cognitiv real decît în măsura în care apropierea se face din direcţiile complementare, inseparabile de altfel, ale determinării bio-psiho-sociale.

Studiul a fost întreprins asupra unui eşantion reprezentînd 17% din totalul cazurilor înregistrate în anul 1976 în trei întreprinderi gălăţene şi a fost construit prin metoda stratificării, luîndu-se drept criterii următoarele variabile principale : grup nosologic, vîrstă, profesie, întreprindere. Pacienţii cuprinşi în eşantion au fost supuşi unor investigări complexe, urmărindu-se trei categorii de variabile : biologică, psihologică şi sociologică. Examinarea s-a desfăşurat în cadrul unor echipe alcătuite din medici, psihologi şi sociologi, datele culese (pe baza unor formulare cu întrebări codificate) fiind prelucrate prin ordinator.

Redăm sintetic cîteva elemente ergologice cu semnificaţie concluzivă.

Configuraţia proporţională a patologiei psihice în cadrul lotului studiat cuprinde : a) fenomenologie de alură şi intensitate nevrotică : 72% ; b) simptomatologie aparţinînd structurilor disarmonice cu sau fără polarizare narcofilă : 20% ; procesualitate psihotică şi comiţialitate cu tulburări psihice : 8%.

La nivelul întregului eşantion, cea mai bine reprezentată numeric apare decada de vîrstă : 31—40 ani (interval ce aparţine, din punct de vedere ergonomic, posibilităţii unor maxime performanţe).

Parametrii relevanţi ai mobilităţii socio-profesionale inter- şi intragenerаţionale oferă, în ordinea frecvenţei, ultimul loc structurilor disarmonice deformate în sens egofil, în timp ce criteriul ekiotic asigură urbanului rol de circumstanţialitate complexă favorizantă pentru decompensările constituţiilor disarmonice cît şi pentru reacţia psihogenetieă. Grupul clinic al simptomatologiei nevrotive înregistrează fenomenul deplasării pendulare notabil, de atlfel, şi în cazul procesualităţii psihotice.

Cuantificarea intensităţii impactului principalilor factori patogeni ai mediului a permiş, prin intermediul indicilor de intensitate (calculaţi în sistemul de ponderări : —1 = valoare patogenică maximă, +1 = valoare minimă, ±0,5 = valori medii), să desprindem ca avînd cele mai puternice influenţe în realizarea decompensărilor pe cei manifestaţi în raportul ergoonmic : subiect/microclimat profesional. Graficul variaţiei intensităţii de acţiune a principalelor variabile considerate (fig. 1), scoate în evidenţă existenţa a trei zone de grupare a incidenţelor : 1) zona A, incidenţă maximă (indici cu valori negative sau pozitive apropiate de 0), cuprinzînd intensitatea, ritmul efortului profesional, noxele şi relaţiile interpersonale orizontale şi verticale din grupările de activitate ; zona B, incidenţă medie (indici cu valori în spaţiul cuprins între +0,4 şi +0,5), incluzînd antecedentele personale fiziologice şi patologie ; zona C, incidenţă minimă (indici cu valori ce tind spre +1) privind factori genetici şi de microgrup familial.

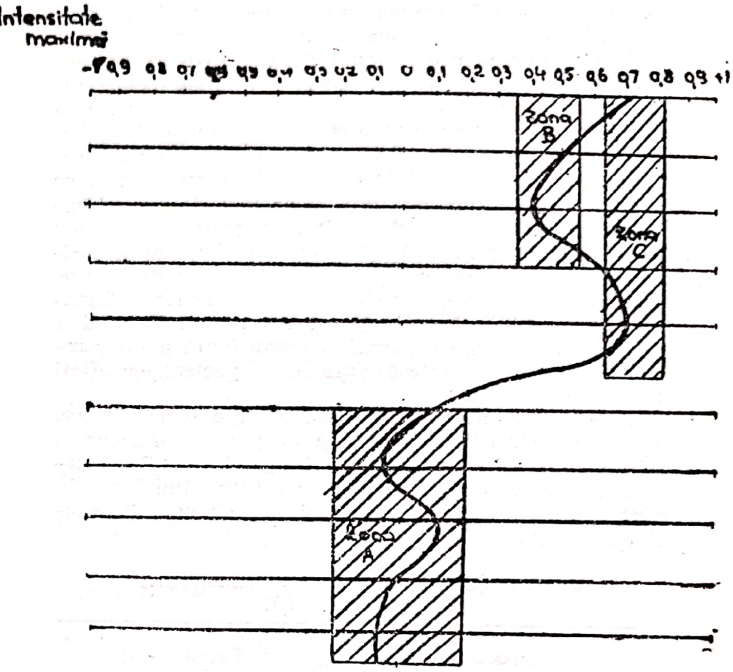


Fig. 1

Factorii ergologici cu cele mai evidente influenţe s-au dovedit a fi, în toate cele trei întreprinderi, cei incluşi în efortul profesional (ritm şi intensitate), în microclimatul fizic (noxe) şi în microclimatul uman (relaţii interpersonale) ; ei apar, însă, ca variabile intermediare determinate de caracterul activtăţii profesionale (preponderent fizic sau preponderent intelectual).

Decompensările structurilor disarmonice cu sau fără polarizare narcofilă sînt prezente cu deosebire în contextul activităţilor cu solicitare : motrică, posturală, sonoră şi termică, în timp ce patologia reactiv-psihogenetică şi procesualitatea psihotică se raportează solicitărilor prosexice, optice, sonore şi celor ce privesc variaţiile de ritm ale efortului.

Frecvenţa deteriorărilor performanţei profesionale (penalizări şi accidente) s-a dovedit a fi mai ridicată la grupa structurilor disarmonice, cu sau fără polarizare narcofilă (v. tab.).

În timp ce caracterul activităţii influenţează în manieră mai puţin diferenţiată realizarea cifrei incapacitate temporară de muncă (I.T.M.), adresabilitatea marchează un indice superior pentru pacienţii a căror profesie îi solicită motric, postural, sonor şi termic.

În ceea ce priveşte criteriul de durată a evoluţiei afecţiunii, cazurile cu o vechime cuprinsă între 1—4

ani au prezentat o adresabilitate mai scăzută dar au totalizat un indice I.T.M. superior cazurilor cu o vechime a suferinței de 5 ani și peste (v. tab.).

Eșecul adaptativ aduce în discuție reorientarea profesională și, în consecință, mișcarea intra- și interuzinală. Frecvența relativ scăzută a numărului schimbărilor locurilor de muncă (1,5 în medie, pentru totalul eșantionului) sugerează existența unui fenomen aparent paradoxal pe care l-am putea denumi „imobilism subiectiv profesional" definit prin tendința unor bolnavi de a prefera stress-ul într-un mediu cunoscut, unui eventual efort de acomodare la un nou mediu, fapt remarcat îndeosebi la structurile disarmonice cu sau fără polarizare narcofilă. Referitor la preferințele exprimate de către subiecți, notăm o creștere semnificativă a procentajului celor care doresc schimbarea microclimatului de activitate, pentru grupa cu evoluție prelungită a afecțiunilor. Conștientizarea posibilelor surse de stress și, în corelație, a modalităților adaptative determină modificarea reprezentării factorilor susceptibili de valențe integratoare. De aici a rezultat necesitatea organizării competente a unor redistribuiri profesionale funcționale a pacienților aflați în evidența L.S.M.

De altfel, acumularea de date privind morbiditatea, potențarea științifică a deciziei pe planul sanogenezei mintale, concretizarea unei configurații posibile și necesare a colaborării L.S.M. cu instituții implicate în problematicile sociale, au constituit principalele finalități ale studiului.

DETERIORĂRI ALE PERFORMANȚEI PROFESIONALE

	Procesualitate psihotică și epilepsie cu tulburări psihice	Stări psihopatice cu sau fără polarizare narcofilă	Fenomenologie de alură și intensitate nevrotică	T
Realizări	20	37,1	22,9	25,4
+				
—	8	62,9	77,1	74,6
T	100%	100%	100%	100%
Accidente	26,6	37,1	19,9	23,8
+				
—	73,4	62,9	80,1	76,2
	100%	100%	100%	100%

Responsibility and competence of the Mental Health Laboratory (M.H.L.) include actions concerning especially the primary, secondary and tertiary prophylaxy of the psychic disease — principal components of the exploratory step in the prospective system of the operational improvment. Starting from the importance of the historical-materialist relationship : working — anthropogenesis and personality development, was initiated an investigation about ergonomic elements in a sample including 17 per cent of all cases registered in three enterprises in the course of a year (analysis of data being made by means of the computer).

The principal purposes of this interdisciplinary study : accumulation of the data concerning morbidity context, to potentiate scientifically the decision in domain of mental health in the territory and to give concrete expression of possible and needful outline of the cooperation between M.H.L. and other services who inquire about complementary questions.

I. T. M. ȘI ADRESABILITATE /976
(CSG, SNG, ITG)

		I.T.M.				Adresabilitate			
		—	+	+ +	T	—	+	+ +	T
Vechimea bolii	1—5 ani	40	55,6	4,4	100%	24	68,8	7,2	100%
	5 +	42	54	4	100%	16	44	40	100%
Solicitări : motrice posturale, sonore și termice		41,1	49,1	9,8	100%	21,5	60,7	17,8	100%
Solicitări : prosexice optice, sonore și ritm ale efortului		40,1	53,5	6,4	100%	15,4	55,1	29,5	100%

ADAPTAREA LA SOLICITĂRILE MUNCII INDUSTRIALE IMPUSE DE CADENȚA, DE EFORTUL FIZIC ȘI EVALUAREA RETRIBUȚIEI

C. Raucher, D. Simionescu, Viola Szabo
— Institutul de igienă și sănătate publică — Cluj-Napoca

În procesul de adaptare, muncitorul intră cu o varietate de caractere de bază privind vîrsta, pregătirea profesională, mediul de proveniență etc., iar întreprinderea îl întîmpină cu o varietate de solicitări privind executarea muncii, condițiile de muncă, cele psihosociale, rezultate toate din nivelul tehnico-organizatoric al întreprinderii, inclusiv modul de evaluare a retribuției, precum și nivelul de civilizație, ca elemente de sinteză definitorii ale motivației.

Experiența noastră rezultată din cercetări ergonomice în industria metalurgică, silvicultură, industria de confecții, sere de legumicultură de tip industrial, industria chimică etc., ne permite să susținem că sănătatea și capacitatea de muncă a muncitorului depind de un mare complex de factori, care se polarizează toți în jurul celor doi participanți ai acestui proces : organismul și tehnica. În final, posibilitățile reale ale ergonomiei sînt limitate de capacitatea fiziologică și psihologică de a suporta solicitările existente concrete, de o parte și de alta, de posibilitățile tehnice de a optimiza solicitările muncii și a condițiilor de muncă (noxele). Alte probleme economice, sociologice, ecologice etc. sînt derivate, putînd corecta efectele sau însușirile celor doi „poli" în jurul cărora gravitează.

Considerăm că ar fi profund greșit să stabilim astfel o ierarhizare a problemelor sau a științelor participante în ergonomie. Ierarhizarea o stabilește totdeauna cazul concret studiat și intervenția posibilă

pentru îmbunătăţirea sănătăţii şi a productivităţii. Aceşti doi factori, ai celor doi „poli" ai ergonomiei, merg mînă în mînă : sănătatea include capacitatea de muncă, reglatoarea productivităţii muncitorului la nivelul tehnic dat, iar productivitatea muncii prin retribuţie şi alte efecte sociale asigură posibilitatea de menţinere şi îmbunătăţire a sănătăţii, ca relaţia om-muncă să rămînă în domeniul ergonomiei şi nu în al patologiei.

Efortul fizic, contrar aşteptărilor, nu dispare, se modifică doar cantitativ şi calitativ. Efortul foarte mare pînă la 10.000 kcal determinat de Benetato în 1932 la cositul manual nu mai există. Transportul pe orizontală şi verticală este mecanizat, dar întreţinerea şi reglarea maşinilor semiautomate şi automate necesită eforturi fizice însemnate.

Efortul fizic mediu şi greu, adică necesitînd respectiv 1.500—2.000 kcal/8 ore şi peste 2.000 kcal/8 ore reprezintă caractere noi, fiind efectuat de muncitori calificaţi în cadrul manoperelor specifice muncii lor calificate şi adesea în timpi limitaţi precis prin norme.

Investigaţiile noastre la un laminor şi la trefilat sîrmă au pus în evidenţă această situaţie, precum şi jaloanele adaptării organismului şi orientarea măsurilor tehnice.

La aceste munci solicitările constau în adaptarea la căldura ridicată, în primul rînd, şi rapiditatea — precizia unor mişcări care necesită un efort de 1.300—2.100 kcal/8 ore.

Bilanţul hidromineral şi modificările temperaturii cutante atestă efortul termoreglator. Temperatura cutantă creşte cu o revenire mult întîrziată, iar bilanţul hidromineral arată scăderi moderate în greutate, pare însă semnificativ faptul că eliminarea de lichide pe cale renală este doar de 26,3% în loc de 60—80%.

În aceste condiţii de solicitare a termoreglării, adaptarea la efortul fizic de 1.300—2.100 kcal/8 ore, efectuat cu un ritm de 16—28 secunde pentru cîte o salvă de mişcări de apucare-dirijare şi introducerea materialului în laminor, este condiţionat şi de greutatea corporală. Cheltuielile energetice fiind crescute cu 30—50% la cei cu greutate corporală sub 70 kg faţă de cei peste 80 kg. Observaţii similare avem şi la doborîrea arborilor, unde diferenţa este de 50%.

La trefilarea sîrmei se observă un raport invers între efortul fizic şi cel neuro-muscular (7,10). În primul rînd efortul fizic variază foarte mult la cele peste 20.000 tipodimensiuni de sîrmă produse uzual în astfel de întreprinderi şi anume el variază între 3,16 şi 7,04 kcal/minut în funcţie de calitatea sîrmei (rezistenţa la rupere etc.) şi greutatea colacilor de sîrmă.

În aceste condiţiuni la „maşinile uşoare", care produc sîrmă subţire, cu viteze mari de trefilare, modificările neuro-motoare sînt crescute cu 25—75% faţă de cele observate la muncitorii de la „maşinile grele" cu viteze mai scăzute de trefilare.

Motivaţia joacă un rol important chiar şi în limitarea cheltuielilor energetice şi a efortului productiv complex ; de exemplu la doborîrea de arbori în exploatarea forestieră. Munca de rărire a arboretului pentru cultivarea pădurii necesită efort fizic greu pentru doborîrea unei cantităţi mai mici de arbori decît la defrişare, munca dovedindu-se a fi tot atît de obositoare şi în plus cu semnele unui sters evidenţiat biochimic şi neuromotor. În ambele cazuri, munca productivă este deci doborîrea. Repartizarea neeconomicoasă a muncii productive, care reprezintă numai 15% din timpul de lucru, împreună cu dificultăţile şi pericolele existente la doborîrea arborilor aninaţi, explică acest fenomen.

La muncile uşoare, dar cu cadenţă şi precizie mare, importanţa principală o are stereotipul dinamic al manoperei profesionale. Deranjarea acestuia, spre exemplu cu o întrerupere de 3—4 ore în cursul unei zile de lucru, poate provoca tulburarea productivităţii pe mai multe zile, constatat cu măsurarea timpilor de manoperă pentru mişcările componente ale stereotipului cu aparatură semiautomată şi automată telemetrică.

La aceste munci, unele condiţii de lucru cum ar fi : comoditatea poziţiei de lucru (şezîndă), iluminatul etc. prezintă importanţă egală cu organizarea exactă a manoperei şi timpilor acordaţi acestora sau cu densitatea fluxului de informaţii.

O problemă deosebit de mult discutată la noi este naveta. Naveta bine organizată, care oferă condiţii civilizate de călătorie şi orarii potrivite, nu trebuie să constituie un factor grevant al capacităţii de muncă, nu produce o creştere a oboselii. Timpul de latenţă a reacţiilor motoare şi alţi indicatori psihofiziologici fiind cu circa 20% mai buni la navetiste decît la localnicele de la o întreprindere care a organizat bine orariile şi a asigurat condiţii civilizate şi convenabile de navetă. Aici intervin factori complexi care includ şi deplasarea adesea dificilă în incinta localităţii.

Orariile şi condiţiile nepotrivite însă pot contribui la geneza unei stări de oboseală permanentă, cu senzaţia de oboseală dimineaţa la sculare, cu scăderea corespunzătoare a capacităţii de muncă mai ales în cazul unor munci fizice grele, cu expunere la umiditate şi căldură ca de exemplu la sere de legumicultură de tip industrial.

Selecţia profesională psihologică la angajare şi orientarea profesională la schimbarea locului de muncă s-a răspîndit foarte mult la noi în ultima vreme.

Nivelul ştiinţific teoretic şi practic al acesteia este desigur hotărîtor. Selecţia profesională trebuie să se bazeze pe examinări psiho-fiziologice complexe. În cazul examinărilor unilaterale, de exemplu : testarea numai a capacităţilor neuro-motorii, în cazul unei unităţi de confecţii, a dus la exaltarea morbidităţii prin nevroză cu o tendinţă netă de scădere a productivităţii, din cauza dificultăţilor de adaptare psihică privind atenţia, caracterul emoţional etc., a căror testare s-a omis la încadrarea în muncă. Notăm că, din punct de vedere ergonomic şi de igienă a muncii, existau condiţii foarte bune în această unitate modernă.

Se cunoaşte potenţarea acţiunii noxelor de către efortul fizic sau termoreglator crescut. O latură luată în considerare mai puţin este efectul lor nespecific asupra unor funcţiuni nervoase, neuromotoare ca : timpul de latenţă a reacţiilor motoare, cronaxia etc., cu efecte negative asupra preciziei, rapidităţii şi constanţei manoperei profesionale.

În concluzie, studiul complex al muncii şi a condiţiilor de muncă este necesar în fiecare caz concret, după cum demonstrează succint datele prezentate.

Ergonomia trebuie să se concentreze şi să se limiteze la efectuarea manoperelor profesionale, studiind factorii care influenţează nu numai motricitatea, capacitatea de efort fizic şi neuromotor, dar şi capacitatea senzorială şi de decizie în sensul optimizării relaţiilor om-maşină tratate la începutul acestui material.

The paper deals with very important ergonomic aspects based on our personal investigations.

— The inverse ratio between the physical effort and the technological process rate and between the energetic expense and body weight in heavy works like rolling mill wire-drawn and during the trees falling.

— The stress induced by the unconcordance between the retribution proceeding calcul and the „productive" operation in timber workers.

— The prolonged effect of the dynamic stereotype disturbance in occupational work due to an interruption of several hours in easy works.

— The nervous and neuromotor unspecific effects of the occupational selection with the adequate effects upon the health and productivity.

— The nervous and neuromotors unspecific effects as a consequence of the occupational exposure.

Scanned with OKEN Scanner

SELECȚIA PROFESIONALĂ CA FACTOR DE ADAPTARE LA MUNCA INDUSTRIALĂ (CONFECȚII)

D. Simionescu, C. Raucher
— Institutul de igienă și sănătate publică — Cluj-Napoca

Caracteristica principală a muncii la mașina de cusut în cadrul unei linii tehnologice industriale de confecții este rapiditatea și precizia cu care se urmărește linia de cusut.

Avînd în vedere caracteristicile utilajului în exclusivitate modern și sarcinile de protecție am urmărit un aspect important pentru menținerea unei echilibru psihofiziologic și de sănătate optim și anume modul de plasare a omului potrivit la locul potrivit pe bază de selecție profesională.

Acest aspect îl tratăm din punct de vedere al efectului selecției profesionale efectuată la constituirea colectivului de cusătorese (în urmă cu 2 ani) la fabrica de confecții investigată, efecte cu implicații în ceea ce privește adaptarea și legat de aceasta starea de sănătate, încărcarea neuro psihică și stabilitatea muncitoarelor, căutînd să elucidăm în același timp cauzele care au dus în intervalul amintit la indici ridicați de morbiditate cu incapacitate temporară de muncă prin nevroze.

Ancheta ergonomică nu a scos în evidență probleme deosebite față de alte întreprinderi similare studiate, secțiile constituind chiar un model al acestui gen de întreprinderi. De asemenea, vîrsta muncitoarelor încadrate era cuprinsă între 18—21 ani, vîrste care nu justificau indicii de morbiditate crescuți.

Analizînd rezultatele examinărilor la selecția profesională efectuată la angajare, a reieșit caracterul unilateral al acesteia, testele vizînd doar rapiditatea și dexteritatea manuală, iar procesele psihice ca atenția și calitățile ei în principal, rezistența la efort neuropsihic și altele ocupînd un loc secundar în admiterea la examen.

Cunoscînd caracteristicile care se impun muncii la mașina de cusut (viteze mari la coasere, contururi variate, detalii mici ale elementelor componente, cu dirijarea foarte precisă a materialului sub ac etc.), a reieșit că tocmai atenția și calitățile ei, pe lîngă dexteritatea și rapiditatea manuală, egală, joacă un rol primordial în precizia executării manoperelor a calității și cantității produselor.

S-au format astfel două grupe de subiecți : grupul „A", cu performanțe bune privind rapiditatea și dexteritatea manuală dar slabe la testele de atenție, la al doilea și grupul „B", cu performanțele aproximativ egale la testele de rapiditate și dexteritate manuală cu primul (grup „A") în schimb bune la testele de atenție.

Materialele și metodele folosite cuprind : — analiza morbidității cu incapacitate temporară de muncă pe perioada dată ; — un chestionar privind aprecierea ergonomică a relațiilor om—muncă—mașină ; — timpul de latență a reacțiilor motorii ; — o baterie de teste similare celor aplicate inițial la angajarea pentru urmărirea anumitor aptitudini și procese psihice, în vederea comparării rezultatelor ; — urmărirea cu aparatură adecvată a manoperelor direct productive, ajutătoare și auxiliare pentru surprinderea fluctuațiilor atenției și apariția erorilor de manoperă.

Determinările cu metoda de mai sus au fost efectuate pe un lot de 210 cusătorese, 110 în lotul „A" și 100 în lotul „B" cu vîrstă medie 21 ani, timp de două săptămîni.

REZULTATE

1. La lotul „A" (tabelul nr. 1) la testele de atenție concentrată și distributivă de la constituirea grupului, calificativele nu depășesc nota 3, nota cuprinde valori între 2,5—2,8 și care reprezintă calificativul de slab.

Tabelul nr. 1

Rezultatele lotului „A" la testele psihologice (val. medii/secții)

Nr. crt.	Lot	Secția	Teste psihologice/valorii medii lot					
			atenția concentr.	atenția distrib.	punctare zig-zag	tapping	trasaj	OBS.
1.	A	I	2,8	2,7	4,0	4,9	4,0	
2.	A	II	2,6	2,5	3,7	4,8	4,2	
3.	A	III	2,8	2,8	3,7	5,0	4,0	
4.	A	IV	2,5	2,6	3,6	4,7	4,1	

În schimb, la testele care vizau dexteritatea și rapiditatea manuală cea mai slabă performanță era de 3,6—3,7 calificativ de mediu, doar la testul punctare în zig-zag, la restul rezultatele fiind bune și foatre bune (note între 4,0 și 5,0) rezultate care concordă cu cele obținute la testările de control efectuate de noi.

2. *Timpul de latență* la reacții motoare (tab. nr. 2) la lotul „A" este mult crescut față de datele din literatură (160—190 ms) deși efectuarea probei s-a desfășurat în condiții optime ca timp și colaborare a subiecților.

Tabelul nr. 2

Timpul de latență la reacții motoare lot „A" (în ms)

Nr. crt.	Lot	Secția	Timpul de latență la reacții motoare (în ms)		
			Intrare în lucru	Ieșire din lucru	Diferența
1.	A	I	241 *	314	73
2.	A	II	260 **	342	82
3.	A	III	246 *	311	65
4.	A	IV	259 **	339	80

* — costume baie.
** — ciorapi pantaloni.

Fiind vorba de muncitoare tinere din care 87,8% sînt necăsătorie, cu o navetă bine organizată și condiții corespunzătoare de lucru și salarizare, timpii de

latenţă crescuţi la intrarea în lucru credem că se datoresc capacităţii muncitoarelor de concentrare a atenţiei, care, după cum am văzut, este slabă, ceea ce joacă un rol important în buna desfăşurare a probei, influenţînd performanţele.

3. La lotul „B", (tab. nr. 3) cu performanţe medii şi bune la testele de atenţie şi sensibil egale la cele de dexteritate şi rapiditate manuală cu a lotului „A", timpul de latenţă se găseşte în limitele optime, fiziologice.

Tabelul nr. 3

Rezultatele lotului „B" la testele psihologice şi timpii de latenţă

Nr. crt.	Lot	Secţie	Teste de atenţie (val. medii/lot)		Timpul de latenţă la reacţii motoare (ms)		
			concentrată	distributivă	Intrare în lucru	Ieşire din lucru	Diferenţa
1.	B	(I-II-III-IV)	4,3	4,5	198	236	38
2.	B	fond-piaţă	3,9	4,2	206	240	34

Corelaţia între performanţele la testele de atenţie şi aceasta este bună iar creşterea timpilor de latenţă între intrarea şi ieşirea din lucru, cu 38 ms, respectiv 34 ms, sînt cu cca 50% mai mici ca în cazul lotului „A", ceea ce denotă efectul capacităţii de menţinere a atenţiei în procesul de producţie, lucru care facilitează executarea manoperelor, oboseala fiind mai slab exprimată.

4. Un alt aspect urmărit se referă la erorile de manoperă (grafic nr. 1) care la lotul „A" sînt net crescute faţă de lotul „B", în cadrul căruia datorită ritmului

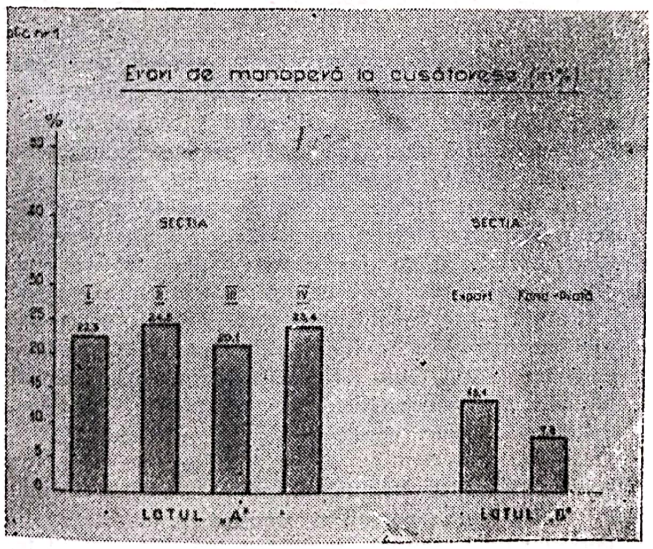


Fig. 1

mai intens şi a sarcinilor mai complexe de lucru la secţia export şi numărul mediu al erorilor este mai crescut.

5. Frecvenţa nevrozelor cu incapacitate temporară de muncă la lotul „A" este mai crescut cu 28,2% faţă de lotul „B" datorită stressului legat de efortul suplimentar depus pentru realizarea sarcinilor de plan, instalarea mai rapidă şi mai marcantă a oboselii, rebuturilor şi lipsei satisfacţiilor profesionale.

CONCLUZII

Continua modernizare industrială constituind o realitate, nu putem trece cu vederea mutaţiile survenite în ceea ce priveşte calităţile pe care muncitorii industriali trebuie să le îndeplinească pentru folosirea integrală a capacităţilor de producţie cu păstrarea în acelaşi timp a stării optime de activitate fizică şi psihofiziologică.

Aceasta atrage atenţia asupra necesităţii examenului de selecţie profesională la angajare la toate nivelele, ţinîndu-se seama în alegerea bateriilor de teste, de natura şi specificul muncii, de solicitările complexe fiziologice şi neuropsihice, avîndu-se în vedere nu numai funcţiile senzorio-motorii sub forma lor de dexteritate manuală ci şi procesele psihice, activitatea nervoasă superioară a cărei stare determină constelaţia generală a individului ca personalitate.

În cazul nostru relaţia între atenţie şi reacţiile motoare la cusătorese este evidentă avînd în vedere vitezele mari de coasere şi manoperă cu urmărirea permanentă a liniei de cusut şi detaliile mici ale elementelor componente, în care atenţia şi calităţile ei joacă un rol important.

Angajarea de muncitoare cu performanţe slabe la aceste teste pot atrage după sine situaţii conflictuale, stressante, legate de efortul suplimentar depus pentru realizarea sarcinilor profesionale, de apariţia mai frecventă a erorilor ceea ce face ca oboseala să se instaleze rapid, iar lipsa satisfacţiilor profesionale să ducă la stări afective negative, nevrozele încheind acest tablou.

The paper points out the unilateral approach of the occupational selection in constituting a seamstresses staff in a ready-made industry with special reference to the handiness tests.

Relatively little importance has been given to the registered performances in psychical processes tests and to that aiming the temperament, the resistance to the neuropsychic effort a.s.o. This fact reduced the efficiency of selection regarding the staff's adjustment.

The technological process being characterized by mechanical and manual work with repetition with the different analyzer strained for the permanent supervision of the sewing line and of the component small details the attention and its qualities are very important.

In our selected group with an average age of 20 years the latency time surpassing 40,0% a against the normal values the sharp rise in the number of rejects (20,1—24,8%) and the neurosis high rate with sickness absence lead us to consider these parameters in the topmost values.

Therefore, these observations strengthen the suggestion that the motrical and psychical feature complex tests must be the principal criterion in selecting in the adjustment and optimal seamstresses' integration in industry.

Scanned with OKEN Scanner

IMPLICAȚIILE PSIHOLOGICE ALE INTOXICAȚIEI CU PLUMB

Bobiș Mariana, Suciu I., Silvia Gabor
— Clinica de medicina muncii și Institutul de igienă — Cluj-Napoca

Efectele plumbului asupra funcțiilor intelectuale au fost studiate pe 25 de subiecți cu un coeficient intelectual mediu și peste mediu, cu metoda Wechsler—Belvue.

Structura personalității a fost investigată prin teste proiective: Szondi, Lücher, Lauretta—Bender.

Examinările s-au efectuat înainte și după cura de eliminare a plumbului cu EDTA.

Rezultatele investigațiilor funcțiilor cognitive.

Tabelul nr. 1

probe	++	+	0	—	—
informații	7,7	23,0	69,3	—	—
comprehensiune	7,7	30,7	53,9	7,7	—
calcul aritmetic	—	7,7	53,9	38,4	—
memorie—cifre	—	—	46,0	54,0	—
vocabular	7,7	15,3	77,0	—	—
complet. imagini	—	7,7	53,3	39,0	—
asamblare	—	7,7	47,0	30,0	15,3
cuburi	—	7,7	46,0	46,3	—
cod	7,3	7,7	39,0	46,0	—
Q. I. verbal	4,4	15,4	60,2	20	—
Q. I. perform.	1,9	7,7	46,0	40,4	—
Q. I. total	3,2	11,5	53,1	30,2	2,0

Din tabelul I reiese că notele cele mai slabe au fost înregistrate pentru subtestele: memoria imediată, cub și cod.

Reprezentînd grafic datele din tabelul I se observă o discrepanță foarte mare între Q. I. verbal și Q. I. performanță. Rezultatele slabe cresc de la 20% pentru probele verbale, la 40% pentru probele de performanță.

Variabilitatea interindividuală este extrem de mare. Din totalul de 25 examinări înainte de tratament 28% din subiecți nu prezintă diferențe între Q.I.V. și QI.P., restul de 72% prezintă diferențe de la 0 pînă la 40 de puncte (Grafic II).

Analiza și discuția datelor

Analiza datelor din tabelul 1 relevă o scădere considerabilă a capacității de memorare: nici unul din subiecții noștri nu prezintă o memorie bună sau foarte bună. Notele foarte mici (2—3 cifre) obținute la memorie, probele de memorare pledează pentru o perturbare a activităților recente, memoria retrogradă furnizată de probele de informație este normală.

Notele slabe obținute la testul cuburilor (46%) sînt asociate tulburărilor de organizare vizuomotrică și de sinteză a gîndirii abstracte. Performanțele reduse la testul Cod denotă o rigiditate asociativă și o pierdere a flexibilității gîndirii.

Rezultatele slabe ale subtestelor completări de imagini, asamblări de imagini, memoria imediată și rezolvarea de probleme — teste care solicită un efort imediat, capacitate de acțiune și decizie promptă, — pledează pentru pierderea abilității funcționale, anxietate, ezitare, vîscozitate și eșecuri nevrotice.

Diferențele dintre Q.I.V. și Q.I.P. între 10—40 de puncte, precum și notele slabe la testele de memorie imediată și rezolvări de probleme, pledează după cum indică Wechsler în „Scală de inteligență pentru adulți" și B. Burgemeister în „Tehnicile psihologice în diagnosticul neurologic", pentru leziuni organice cerebrale.

Testul Lauretta-Bender relevă separări între elementele figurii, fragmentări, dezorientarea figurilor, deficit în integrarea figurilor, regresii primitive, perseverare, mișcări repetitive pentru contur, fenomene care denotă perturbări ale conștiinței, indolență, letargie sau furie, instabilitate, anxietate. Dificultățile perceptive, dificultățile motrice, micrografia sînt trăsături tipice care sugerează regresia.

Testul Szondi relevă fenomene de depersonalizare 10%, fenomene de regresie 17%, stări depresie schizotimice 20%, agitație maniacală 17% din cazuri.

Testul Lucher relevă astenie accentuată la 43,5% din cazuri.

Rezultate obținute după cura de eliminare a plumbului

După tratamentul cu EDTA se observă fenomene de recuperare globală sau parțială. În situațiile în care diferențele dintre coeficientul I. verbal și Q. I. de performanță sînt pînă la 20 puncte, recuperările sînt globale (50% cazuri). Între 20—30 de puncte recuperări parțiale 14%, peste 30 de puncte la 8% din cazuri nu s-au obținut ameliorări, leziunile organice fiind atestate și de modificările fundului de ochi.

Pentru edificare vom cita cîteva cazuri ilustrative.

Cazul I — 40 de ani, absolvent cu liceu, 20 de ani vechime în mediul toxic. Pb = spontan 167%, coproporfirine 1589%, delta ALA = 19, trimis prin control periodic, fără acuze subiective. Constituție: somatoton, extravert, coleric, vitalitate bazală puternică Q.I. = 114, Q.V. = 109, Q.P. = 118. Nu acceptă ideea de boală. Scaterul individual relevă note scăzute la memoria imediată, analogii și aranjări de obiecte. Comportamentul în timpul examinării denotă irascibilitate, instabilitate, mișcări inutile, nu prospectează, eșecuri nevrotice. După curba de eliminare se obțin ameliorări globale.

Cazul 2 — 40 de ani, 7+3 profesionale, 9 ani în mediu toxic, valorile plumbului la limita superioară, obiectiv anemie. Examenul psihologic relevă un sindrom astenovegetativ foarte accentuat, irascibilitate,

Scanned with OKEN Scanner

lipsă de autocontrol, imaturitate afectivă, manierisme, nemulţumire, acuzarea întreprinderii.

Constituţie : longilin, astenic, introvert instabil. Deficitul este funcţional cu recuperare globală.

Cazul 3 — 50 de ani, 4 clase, 17 ani în mediul toxic, a treia internare pentru saturnism cronic (delta ALA 26 mg).

Constituţie : picnic, flegmatic, introvert, acuzaţii subiective, irascibilitate, insomnii, fatigabilitate anormală, bradipsihism, bradicardie (plus 52).

Q.I. = 79	14	examinarea II-a	Q.I. =	93
Q.V. = 85	15		Q.V. =	100
Q.P. = 77	10		Q.P. =	87

Se obţine o ameliorare globală de 14 puncte, persistă diferenţa de 18 puncte între Q.V. şi Q.P., pledează pentru o uşoară leziune organică cu interferenţă funcţională.

Cazul 4 — 36 ani, 4 clase, 7 ani mediu toxic, consumă zilnic 200 grame alcool, 3—4 l vin, o condamnare pentru acte de violenţă. În faza de intoxicaţie nu s-a putut realiza examenul psihologic, bolnavul era extrem de inhibat, în stare de somnolenţă şi letargie, nu cooperează, nu răspunde la stimulări. După cura de eliminare şi sanatorizare la Avrig se efectuează examenul psihologic, constatîndu-se :

Q.I. = 93 deteriorire fiziologică 3%
Q.V. = 106 deteriorare patologică 26%
Q.P. = 79 interferenţe funcţionale şi organice irecuperabile.

Nu s-a obţinut ameliorări deşi valoarea plumbului este normală.

It is studied the effect of lead upon intellectual functions considerring 25 patients in different stages of lead-intoxication-before and after removing treatment with EDTA.

There were found reversibile astheno-vegetative modifications in initial stages in young patiens (28%) cases. As intoxication grows progressively worse, improvements decrease (50%). In chronic intoxications of old ones, functional modifications interfere with, organic cranial lesions. The reversibility of organic and functional modifications is partial (14% cases).

Severe intoxications (8%) cases associated with alcohol use generate saturnine atherosclerosis, removing treatment with EDTA is helpless then.

Organic and functional modifications are conditioned by the basic structure and vitality of personality. Lead — absorption lead — intoxication decrease the profesional output.

The study of different intoxications could lead to valuable contributions in localizing the intellectual functions' seats.

PĂSTRAREA RELAŢIILOR COMPLEXE BIOCENOTICE — FACTOR DE ECHILIBRU ÎN CONDIŢIILE ACTUALE ALE INDUSTRIALIZĂRII (NOTĂ CU REFERIRE LA ZONELE DE NORD ALE MOLDOVEI)

Elena Koch
— Cîmpulung Moldovenesc

Particularităţile somato-psihice ale omului sînt realizate şi prin raporturile acestuia cu *ambianţa ecologică.*

Omul este o fiinţă bio-psiho-socială. Prin intermediul acestui concept tridimensional se poate judeca *locul ce-l ocupă în structurile ecologice.*

Funcţiile vitale ale omului îşi au sprijin material şi energetic în diverse componente ale mediului ambiant, iar informaţia venită din acesta alimentează şi potenţiază stările psihice. Iată de ce prezintă importanţă cunoaşterea a următoarelor elemente fundamental importante pentru viaţa omului :

a) structurile şi legile de funcţionare ale mediului ecologic natural, reprezentat mai ales prin diversitatea de ecosisteme şi biocenoză ;

b) intensitatea fenomenului de *„culturalizare"* prin diverse forme economice (ca industrializarea) a mediului ecologic ;

c) realizarea unor conexiuni noi, datorită activităţii umane, dintre om şi *mediul geobiologic,* rezultînd particularităţi ale unui complex natural umanizat, desemnat în unele lucrări de ecologie ca *complex geobiosocial.*

În cazul ultimului aspect subliniat apar pe lîngă elemente pozitive (de menţinere şi accentuare a unor fenomene ecologice naturale) şi aspecte negative, denaturate ale mediului geobiologic respectiv.

În condiţiile actuale în care procesul industrializării se intensifică pe plan naţional şi internaţional se ridică evident problema contracarării aspectelor nocive ale acestuia prin păstrarea şi dezvoltarea fondului biocenotic, geobiologic, al mediului de viaţă în care-şi desfăşoară omul viaţa.

Biocenoza situată în ecosistem (complex geobiologic elementar) devine un serios obiect de cercetare pentru *biolog, medic, psiholog, sociolog, poet, politician* etc.

Sub aspect biologic, biocenozele şi complexele geobiologice respective devin locuri prospere pentru om în procesul industrializării în următoarele condiţii :

1. *Substratul anorganic* şi mediul cosmic care determină viaţa biocenozelor rămîn în stare naturală pentru a asigura circulaţia geochimică a elementelor respective.

2. *Componentele biologice,* sub aspect calitativ (felul speciilor) şi cantitativ (numărul speciilor şi al indivizilor) din biocenoze rămîn la nivel ecologic normal în corelaţie cu habitatul popular.

3. *Fizionomia* biocenozelor, complexelor geobiologice se păstrează în aliura naturală, departe de a se înfă-

țișa o structură de ansamblu fărîmițată, trunchiată, ca pădurea de exemplu, tăiată sau dezrădăcinată.

4. Relațiile multiple dintre *organism-organism* și *organism-mediu* să fie păstrate, astfel încît randamentul ecologic al acestora să se reflecte în componente utilizate de om sub multiple aspecte : respirație, alimentar, profilactic terapeutic, științific, poetic etc.

5. Perpetuarea unor tipuri de biocenoză este o condiție fundamentală pentru păstrarea însăși a structurii de viață a omului din anumite zone geografice și de relief. Tradițiile nasc din ce vede omul în natură ; vorba și portul, cîntecul și jocul, inspirația și dinamismul izvorăsc corelativ și din calitățile împrejurimilor ecologice.

Valea Moldoviței, de pildă, în care ne desfășurăm activitatea de naturalist sau de medic, constituie de fapt o ambianță ecologică favorabilă omului modern față de alte zone din țară (Valea Trotușului, în partea din aval).

Pădurile din zona amintită se caracterizează prin diversitate mare de specii de plante (peste 400) și de animale care satisfac pe țăran, silvicultor, om de știință etc. Constituie o sursă puternică de oxigen și mediu pentru inspirație și reconfortare. Pădurea oferă 70% din cantitatea de oxigen necesară viețuitoarelor. De asemenea, pădurea poate fi comparată cu un fel de filtru ce curăță atmosfera poluată de praf. Așa de exemplu un arboret de molid și pin reține 30—40 tone praf anual la ho ; iar unul de fag 60 tone. Acest filtru este curățat de apa de ploaie. Aerul din pădure este foarte sănătos. După unele măsurători aici se găsesc de la 45—70 ori mai puține microorganisme dăunătoare omului decît în aerul de la oraș. Actualul program de măsuri pentru conservarea și dezvoltarea fondului forestier în perioada 1976—2010 care va avea ca efect pe lîngă sporirea producției de lemn și ameliorarea funcțiilor de protecție a solului și apelor și a celor *sanitar-recreative*. Prin realizarea împăduririlor și mărirea producției de rășinoase de la 28—40% se va spori cantitatea de ozon și de substanțe eterice și distrugătoare de microbi.

Pădurile de conifere din Obcina Feredeului și Obcina Mare prin verdele lor peren și ținuta zveltă a arborilor constituie tot timpul anului mediul de reconfortare pentru om, iar în timpul perioadei de vegetație a plantelor ierboase indicatoare, aceste calități cresc prin coloritul viu și variat al acestora.

Pajiștile din zona cercetată vizitate în anumite perioade de vegetație contribuie la relaxarea și sănătatea psihică prin gama mare de culori și mirosuri. În luna mai și iunie pe lîngă graminee sînt compozite ca : *Hypocoeris maculata, Picris hyperacoides, Leontodon danubialis,* care dau coloritul galben al covorului vegetal. Nu mult mai tîrziu, peste două săptămîni predomină albul dat de *Filipendula hexapetala* și *Chrysanthemum leucanthemum.* Vizitînd la mijlocul lunii iulie pajiștea, ne uimește coloritul frumos de roș-trandafiriu precum și talia zveltă a săbiuților — *Gladiolus imbricatus,* în pajiștile mai depresionale, umede. În aceleași pajiști, peste o lună coloritul roșu este dat de mulțimea plantelor din speciile *Centaurea jacea* și *C. austriaca,* care contrastează cu albul speciei *Astrantia major* și *Parnassia pallustris.* Toamna cînd celelalte plante și-au sfîrșit traiul, pajiștile mai umede sînt acoperite de un covor violet de ametist, format din grupări de brîndușă de toamnă — *Colchicum autumnale.* Din iarba verde a pajiștei apar numai florile ca niște pîlnii deosebit de delicate, care dispun și atrag prin gingășie și culoare (1).

De asemeni, cercetătorul încearcă în această zonă de nord a Moldovei mari satisfacții privind diversitatea biocenozelor, existența unor rarități biologice și monumente ale naturii : *Cardaminopsis halleri (L) Hay. Ssp. eu-halleri Andr. f. paradoxa (Ullep) Andr.* — taxon rar, citat în Flora R.S.R. (vol. III) numai pe muntele Köhat, oraș Sighet. În Moldovița, în pădurea Ciocan din Obcina Feredeului se găsește a doua stațiune din țară pentru această plantă. Alte rarități floristice din zonă sînt : *Aconithum excelsum Rehb. var. pseudoexcelsum G. Grint., Agrimonia pilosa Lhd, Gentiana asclepiadea L. f. cruciata Wartm et Schatt, Chaerophyllum aureum,* etc.

În zona cercetată s-au găsit și unele endemisme din flora țării : *Ranunculus carpaticus Herbich, Dentaria glandulosa W. et. K., Symphytum cordatum L., Gentiana phlogifolia Schatt et. K., Campanula napuligera Schur. ar. Săvulescu i Morariu, f. integerima Săvul.* și monumentul naturii *Trollius eruropaeus* ce formează o populație compactă pe Dl. Zdrob, din Ob. Feredeului.

Cu toate că predomină nota optimistă privind starea ecosistemelor din această zonă, se remarcă și o tendință destul de accentuată, de denaturare a fizionomiei și structurilor ecologice primare. Evoluiază totul spre un complex geobiosocial, care poate prezenta la un moment dat aspecte negative, dacă nu se normalizează relația dintre industria lemnului și activitatea de defrișare.

În trecut o mare parte din păduri au fost defrișate și înlocuite cu pajiști montane secundare. Pădurile de amestec au fost înlocuite cu pajiști montane de *Agrostis tenuis* sau *Festuca rubra,* iar pădurile de molid înlocuite de pajiști formate din grupări de *Festuca rubra* și *Nardus stricta.* Locul pădurilor de fag a fost populat, pe suprafețe mai mici de pajiști de *Arrhenatherium elatius* și *Dactylis glomerata.*

În încheiere, pentru a accentua necesitatea conservării biocenozelor și complexelor geobiologice în condițiile industrializării redăm următorul dialog închipuit între natură și om :

— „Îți dau ca să te naști și să te dezvolți — spunea cîndva natura celui ce-și lărgea orizontul existenței ;

— Profit din tot ce mi-ai dat și sîntem prieteni ; te cunosc că produci din plin apă și pîine ; este recunoștința omului față de natură.

— Te admir cît te-ai ridicat (spune natura) dar mă simt obosită, pe cale de secătuire și îmbătrînire. Vrei tu, OMULE, să trăiești, dă-mi ce-ai luat din marile conexiuni naturale și vom fi tineri, proaspeți, curați și viguroși ; vom fi din nou prieteni. Salvează-mă și salvează-te ! Ți-am dat inteligență, creativitate și multă sensibilitate ! (V. Ghenciu).

In the paper one can see that the treble nature of the man as a biological, psychological and social being finds its manifestation from physical and psyhic viewpoint in the oecological environment.

One can see too the importance of the maintenance of the integrity of the animal and vegetal associations from structural and functional viewpoint, as well as of the integrity of the geo-biological complexes in the conditions of the contemporary industrialisation.

In order to constitute geological, biological and social complexes, the man must know the conditions which ensure the maintenance of the oecological environment.

Scanned with OKEN Scanner

REACŢII SUBIECTIVE LA ACŢIUNEA FACTORILOR FIZICI DE MICROCLIMAT PRODUCTIV

M. Şelaru
— Institutul de medicină şi farmacie — Iaşi

Revoluţia ştiinţifică şi tehnică contemporană a pus în noi termeni raporturile corelative dintre ştiinţă şi tehnică, în sensul că ştiinţa a devenit un important factor al procesului de producţie ocupînd în acelaşi timp unul din locurile preponderente în creşterea productivităţii muncii. În acelaşi timp revoluţia ştiinţifică şi tehnică a determinat o schimbare radicală a corelaţiilor dintre universul tehnic şi om, în sensul că nu omul trebuie să se adapteze uneltei ci invers, să se realizeze o adaptare din ce în ce mai diferenţiată şi mai amplă a maşinilor la capacităţile şi cerinţele umane.

Perfecţionarea tehnicilor şi tehnologiilor, introducerea automatizării şi cibernetizării proceselor de producţie au determinat importante schimbări în ce priveşte caracteristicile muncii în sensul necesităţilor de integrare superioară prin solicitarea proceselor fine de adaptare neuropsihică, mărind în felul acesta ponderea activităţilor intelectuale cu extensiunea consecutivă a deciziilor fiecărui angajat în parte, ceea ce amplifică responsabilităţile individuale ca şi colective. Stăpînirea tehnicii şi tehnologiei înseamnă învăţarea acestora.

În aceste condiţii procesele adaptative îşi însuşesc noi dimensiuni şi cerinţe, care implică din ce în ce mai mult activitatea psihică şi nu cea neuro-musculară, profesiunea însăşi trebuind să fie considerată nu din punctul de vedere al trăsăturilor sale generale, ci a condiţiilor concrete de realizare determinate de caracteristicile uneltei cu care se acţionează şi a reacţiilor ideo-afective pe care le solicită locul de muncă angajat extensiv cu ansamblul sistemului de producţie automatizat sau cibernetizat. Aceste particularităţi ale procesului modern de producţie implică personalitatea în întregul său şi de aceea studiul particularităţilor sale structurale şi dinamice specifice reprezintă nu atît un deziderat şi o concluzie logică, ci mai ales o necesitate reală, faţă de care nu se poate răspunde decît printr-o cercetare multilaterală de natura unor largi colaborări interdisciplinare. Totodată necesităţile producţiei moderne impun dezvoltarea multilaterală a personalităţii, capabilă să stăpînească ştiinţa şi tehnica în condiţiile îmbinării conştiente dintre atitudini şi aptitudini care solicită din ce în ce mai mult nivelul de dezvoltare mondială a civilizaţiei.

Pentru societatea noastră, revoluţionarea forţelor de producţie pe care a determinat-o construirea societăţii socialiste, a impus rezolvarea unor sarcini deosebite în ce priveşte comportamentul uman în toate sferele sale componente, percepţie, motivare, deprinderi, trebuinţe, aptitudini etc ; ca şi în reacţiile oamenilor, a atitudinilor lor în raport cu dinamica impresionantă social-economică. Toate acestea reclamă noi modalităţi de adaptare şi pune în termenii unui optimism viguros însăşi probleme subiective ca şi pe cele obiective ce se raporatează la problematica succesului şi insuccesului, în care nu atît trăsăturile genetice şi constituţionale ale personalităţii sînt implicate cît mai ales capacităţile sale de a se adapta învăţînd să asimileze şi să se acomodeze mediului social în mod activ, dinamic.

Cele de mai sus implică deplin omul în totalitatea caracteristicilor sale tridimensionale, solicitat pentru realizarea unui sistem de valori şi de modele comportamentale, capabile să-l ajute să se realizeze şi totodată să se autodepăşească.

Locul de muncă şi solicitările sale de natură biologică, psihologică, precum şi din punctul de vedere al relaţiilor interindividuale de microgrup productiv, solicită condiţii particulare de realizarea cărora depinde în cea mai mare parte menţinerea sănătăţii fizice şi psihice a angajaţilor, de care depinde dezvoltarea aptitudinilor, a unor atitudini înaintate izvorîte din sentimentul valorii şi validării personalităţii.

Avînd în vedere condiţiile specifice în care se desfăşoară revoluţia ştiinţifică şi tehnică în ţara noastră, cu restructurarea revoluţionară şi în ritm a structurilor sociale şi a mutaţiilor profunde, demografice, ce au loc, cu angrenarea în procesul activităţii industriale a unor mase imense de oameni, în corelaţie cu aspectele social-economice, tehnico-ştiinţifice şi adaptative menţionate, sarcini deosebite apar în ce priveşte conducerea şi organizarea producţiei şi a muncii pe baze ştiinţific fundamentate.

Organizarea producţiei şi a muncii precum şi perfecţionarea continuă a acestei activităţi reprezintă una din condiţiile fundamentale de valorificare a tehnicii moderne de care dispune ca şi a capacităţilor fiecărui angajat în sensul dezvoltării ascendente şi multilaterale a societăţii socialiste.

Valorificarea deplină a condiţiilor tehnice existente ca şi a posibilităţilor şi aptitudinilor umane este condiţionată în ultimă instanţă de muncă.

De aceea, cunoaşterea şi studiul integral al muncii ca şi al locului de muncă din punctul de vedere al condiţiilor tehnice şi al solicitărilor bio-psiho-sociale în dinamica desfăşurării lor în raport cu scopurile producţiei, reprezintă cerinţe importante pentru asigurarea unei productivităţi optimale ca şi de dezvoltarea personalităţii fiecărui angajat. În acest sens studiul posibilităţilor psiho-fiziologice ale omului de adaptare la mediul fizic ambiant şi adaptarea maşinilor la posibilităţile limitate totuşi ale organismului uman, constituie în prezent un tot unitar a cărui abordare se realizează în echipe complexe interdisciplinare (psihologi, sociologi, medici, ingineri, economişti etc.) care vizează, în virtutea principiilor ergonomice studiul variabilelor situaţionale şi individuale care condiţionează în ultimă instanţă productivitatea muncii. Subliniem că scopul fundamental al societăţii socialiste, că tehnica şi politica economică este subordonată acestui obiectiv prioritar. Din acest punct de vedere umanizarea universului tehnic şi natural este o problemă de egală importanţă cu cunoaşterea posibilităţilor şi limitelor biologice ale omului.

În ansamblul acestor consideraţii se înscriu preocupările pentru cunoaşterea mediului fizic şi uman al activităţilor productive.

Modernizarea proceselor de producţie nu înlătură totdeauna şi sursele unor factori de risc adaptativ în raport cu mediul fizic, cu toate optimizările realizate. Printre factorii cu acţiune dezadaptativă, literatura de specialitate menţionează : zgomotul, vibraţiile, temperatura, substanţele toxice, pulberile etc.

În condiţiile normale de activitate zgomotul constituie o importantă sursă informaţională a agregatelor şi sistemelor puse în funcţie, a funcţionării lor optimale, permiţînd aprecieri utile procesului de producţie.

Traumatismul sonor apare în condiţiile creşterii intensităţii semnalelor sonore în corelaţie cu caracteristicile acustice ale încăperilor, ale mijloacelor care generează aceste semnale, ca şi în raport de particularităţile fiecărei persoane, şi de stare sa funcţională.

Expunerea la zgomot deterimnă fenomene adaptative care, în condiţiile respectării normelor igienico-sanitare, nu perturbă în mod obişnuit capacităţile morfo-funcţionale ale analizatorului auditiv. Nerespectarea acestor norme duce la apariţia fenomenelor

Scanned with OKEN Scanner

de oboseală auditivă caracterizată îndeosebi prin creșterea temporară a pragului auditiv în perceperea sunetelor. Oboseala auditivă este cu atît mai importantă cu cît expunerea la zgomot este mai îndelungată, sunetul este mai intens, acționează continuu. În general se apreciază că oboseala auditivă este reversibilă. O expunere însă îndelungată la zgomot poate determina trecerea la instalarea lentă a unei surdități de percepție, modificările funcționale devenind în acest caz organice și deci ireversibile. Surditatea profesională poate surveni mai precoce în cazul existenței în antecedentele patologice ale oamenilor muncii a unor intoxicații medicamentoase (streptomicina) sau profesionale (oxid de carbon), consum de alcool, fumatul, suferințele labirintice, la traumatizații cranio-cerebrali, ca și la persoanele care au depășit vîrsta de 45 ani și prezintă fenomene de presbiacuzie. Particularitățile individuale și durata expunerii la zgomot au o participare importantă în raport cu agresiunea sonoră.

Agresiunea sonoră nu-și reduce acțiunea numai la nivelul analizorului auditiv ci determină modificări în întreaga economie a organismului.

În ce privește *aparatul cardio-vascular,* s-au notat următoarele: zgomotele simple (albe) determină o creștere a frecvenței cardiace, în timp ce zgomotele complexe, în raport de intensitatea și neregularitatea lor, scad frecvența cardiacă.

Frecvențele înalte se însoțesc de tahicardie, în timp ce frecvențele joase determină bradicardie. Se subliniază de asemenea variații ale debitului cardiac în funcție de intensitatea și durata zgomotului la care se adaogă, de asemenea, palpitațiile, durerile precordiale dintre care unele din ele cu caracter pseudoanginos, ca și tulburările de ritm cardiac.

La o intensitate de 65 foni s-a constatat o creștere a vasconstricției îndeosebi pentru vasele mici care devine cu atît mai însemnată cu cît zgomotul este mai intens. Vasconstricția arteriolelor circulației periferice determină paloarea tegumentelor și uscăciunea mucoasei bucale. Aceste fenomene vasconstrictive se mențin timp de 60-80 minute de la întreruperea zgomotului. Studiul variațiilor tensiunii sistolice și diastolice sub influența zgomotului, a arătat că în cazul că acesta are o acțiune continuă, valoarea presiunii diastolice crește, iar dacă trauma sonoră este continuă însă prezintă variații de intensitate, atunci creșterea valorilor diastolice devine permanentă.

În raport de particularitățile inițiale ale activității sistemului nervos vegetativ ca și ale activității encefalice, zgomotul poate favoriza apariția ateroscleroze și hipertensiunii arteriale sau dimpotrivă, prin fenomene de epuizare a sistemelor adrenergice sau de stimulare a sistemelor vagale, se poate ajunge în context neuro-endocrino-umoral deficitar la instalarea unei hipotensiuni arteriale.

Instalarea unor reflexe vegetative patologice poate duce la organicizarea tulburărilor funcționale cardio-vasculare menționate.

Influența zgomotului asupra *aparatului respirator* se exprimă, fie prin creșterea, fie prin scăderea ritmului respirator (polipnee și respectiv bradipnee) în care particularitățile individuale au un rol important. La o intensitate a zgomotului de 96 db se produce o creștere a ventilației pulmonare (polipnee) cu o eliminare crescută de bioxid de carbon, ceea ce determină apariția fenomenelor de hipocapnie manifestate prin respirații scurte și superficiale, de mică amplitudine.

Zgomotul este de asemenea responsabil pentru numeroase acuze în *sfera sistemului digestiv.* Se știe că, în general, activitatea fizică, în afara oricărui zgomot, determină o creștere a acidității și o accelerare a tranzitului gastric. Trauma sonoră diminuă motilitatea și aciditatea gastrică. Un zgomot a cărui intensitate depășește 70 foni, influențînd musculatura netedă, determină reducerea peristaltismului intestinal. O frecvență de 1500 Hz și cu o intensitate de 75 db scad de asemenea tonusul gastric ca și mișcările stomacului. Pentru a se realiza aceste efecte, se pare că frecvența zgomotului trebuie să fie superioară la 600 Hz. Subliniem că în faza inițială de acțiune a zgomotului asupra tractului digestiv are loc o accelerare a peristaltismului și a tonusului piloric cu efecte de spasm pilloric, după care apoi are loc diminuarea peristaltismului. Acesta este un fenomen fizic, așa cum se întîmplă deobicei în activitatea fiziologică.

Ca urmare a acestor modificări de dinamică fiziologică a tractusului gastro-intestinal, se vor constata fenomene clinice dispeptice, gastralgii, dureri abdominale, pirozis, iar la unii oameni ai muncii se pot adăuga tulburări de tranzit și mai rar senzație de vomă sau vomismente.

Apariția acestor fenomene digestive este condiționată de durata expunerii la trauma sonoră, de intensitatea acesteia și bineînțeles, de particularitățiile fiecărei persoane în parte. S-a constatat că în cazul unei expuneri la zgomot care nu depășește 10 ani, tulburările subiective în sfera digestivă au fost înregistrate în 70% din cazuri, iar modificările patologice confirmate radiologic în 65% din cazuri. Gastro-duodenitele, ulcerul gastro-duodenal și tiflocolita erau pe primul plan.

În cazul afecțiunilor digestive, se constată o creștere a tonusului vagal care apare în cazul acțiunii zgomotului ca și a tensiunilor nervoase inerente realizării oricărei activități. Este de asemenea de luat în considerație că aceste fenomene au șansa de a apare cel mai frecvent la persoanele hipervagotone.

În ce privește *efectele zgomotului asupra învelișului cutanat și mușchilor,* s-a constatat o scădere a rezistenței electrice a pielii, iar cercetările electromiografice au demonstrat o creștere a tonusului muscular. Zgomotul se pare că determină o modificare a excitabilității neuro-musculare, evidențiată și de scăderea pronaxiei, îndeosebi la persoanele care prezintă fenomene spasmofilice sau suferințe viscero-umorale cu răsunet cerebral sau care influențează negativ metabolismul global al organismului.

În ce privește *modificările constantelor sanguine* pe care le determină zgomotul, au fost notate: anemie hipocromă, leucopenie, neutropenie, euzinopenie. S-au înregistrat de asemenea: creșterea vitezei de sedimentare a hematiilor (VSH), hipocalcemie, indusă probabil prin scăderea de adrenalină determinată de zgomot, creșterea amoniemiei, hiperglicemiei, în prima fază, urmată apoi de hipoglicemie și la fel are o desfășurare fazică colecterolemia cu hipercolesterolemie în prima fază și hipocolesterolemie în faza a doua.

S-a constatat, de asemenea, că zgomotul cu o frecvență de 400—500 Hz și cu o intensitate de 90—127 db induce la simptomatologie asemănătoare cu cea observată în pancreatita cronică, diminuarea amilazemiei și creșterea amilazemiei. S-a constatat că după 7 ore de expunere la zgomot aldolaza serică crește cu 61% în raport cu martorii neexpuși, iar fasfatazele alcaline scad cu 13% în condițiile unui zgomot de 98—127 db și cu o frecvență între 40—10.000Hz. S-a constatat de asemenea scăderea transaminazelor serice.

Glandele endocrine sînt, deasemenea influențate de zgomot, dacă avem în vedere conexiunile hipotalamusului cu căile auditive prin calea acustică, tuberculii cuadrigemeni și nucleii geniculați.

Am amintit mai sus de fenomenele de hipertonie simpatică determinate de zgomot care se exprimă prin creșterea adrenalinei și noradrenalinei și îndeosebi la persoanele cu o structură mai anxioasă.

S-a constatat de asemenea o creștere a 17 -OH a corticosteriozilor urinari și plasmatici îndeosebi în cazul acțiunii unor zgomote de frecvență crescută.

Zgomotul are un efect stressant asupra tiroidei, determinînd creșterea metabolismului bazal. S-a demonstrat că efectele zgomotului sînt tot atît de stressante ca și un șoc emoțional sau un traumatism, încît

Scanned with OKEN Scanner

utilizarea termenului de traumă sonoră nu ni se pare a fi o exagerare stilistică.

După opinia noastră efectele humorale şi viscerale endocrine pe care le-am analizat în ce priveşte acţiunea zgomotului asupra diferitelor sisteme funcţionale ale organismului uman, sînt, în ultimă instanţă, expresia unei stări disfuncţionale la nivelul sistemului nervos central şi îndeosebi a unui sindrom disfuncţional de natură diencefalică evidenţiată de unul dintre noi (M. Şelaru).

Reactivitatea individuală în raport cu trauma sonoră apare îndeosebi în influenţa acestuia asupra sistemului nervos. Din acest punct de vedere vom distinge influenţa zgomotului asupra electroencefalogramei, aparatului vizual, somnului şi activităţii psihice.

Se ştie din studiile de electrofiziologie că aplicarea unui sistem auditiv la persoanele normale determină fenomenul de desincronizare după 2—6 aplicări de cîte 1,5—2 secunde, ceea ce duce la apariţia pe electroencefalogramă la depresii a ritmului alfa cu o durată de 1,1—3 secunde. Ulterior, fenomenul de desincronizare se stinge, ca urmare a discriminării subiective a componentei reflexe a reacţiei de orientare cu fenomenul său de obişnuinţă (habituation).

Aceste particularităţi de reactivitate cerebrală la excitanţii senzoriali auditivi se pot modifica în raport de starea funcţională iniţială encefalică, fapt care face deosebit de dificilă interpretarea acţiunii stressului auditiv asupra capacităţilor de integrare neuro-endocrino-umorală ca şi a comportamentelor ideo-afective înregistrate în aceste condiţii.

În condiţiile traumatismului sonor traseele electroencefalografice devin hipovoltate, disritmice şi desincronizate, ca urmare a tulburărilor metabolice ale celulei nervoase şi a sincronizării unui număr mai mic de neuroni. O simplă bătaie din palme determină dispariţia ritmului alfa de repaos şi apariţia ritmului beta cu o frecvenţă mai mare (14—30 c/s). Zgomotul discontinuu de 70 db determină o creştere a amplitudinii la 80 microvolţi şi nodifică ritmul activităţii biocurenţilor cerebrali ; la 100 db amplitudinea potenţialului creşte la 300—400 microvolţi, iar ritmul devine perturbat şi neregulat.

Electroencefalograma poate să prezinte grafoelemente patologice la oamenii muncii care au prezentat în antecedente suferinţe encefalice prin : encefalite, intoxicaţii, hipoxie, traumatisme cranio-cerebrale sau la bolnavii cu arterioscleroză cerebrală şi îndeosebi la bolnavii de epilepsie cu forme clinice manifeste sau larvate.

În toate cazurile, în raport de analiza clinică în coroborare cu aspectul grafoelementelor electroencefalografice este de recomandat evitarea expunerii la zgomot, avîndu-se în vedere riscul apariţiei unor fenomene de hipersincronism cerebral cu fenomene de scurt-circuitare a conştiinţei însoţite sau nu de cădere şi convulsii cu accidente imprevizibile îndeosebi în cazul industriei automatizate sau cibernetizate.

La bolnavii cu fenomene nevrotice dezvoltate în condiţiile stressului sonor electroencefalograma poate să apară sub forma dispariţiei ritmului alfa, a undelor sincrone rapide, ce nu se modifică la activările prin hiperpnee sau la aplicarea stimulărilor luminoase intermitente. Apariţia undelor rapide ar putea fi interpretată drept consecinţă a fenomenelor de excitabilitate cerebrală crescută, iar lipsa de răspuns la activarea luminoasă sau prin hiperpnee ar reflecta fenomenele de epuizare (oboseală) a proceselor encefalice de excitaţie şi inhibiţie. O expresie pregnantă a proceselor de oboseală nervoasă în cazul bolnavilor cu sindroame nevrotice este reprezentată prin traseele electroencefalografice hipovoltate (aplatizate). În cazul apariţiei senzaţiei subiective de intoleranţă la zgomote, aplicarea unui excitant sonor, face ca modificările electrografice să rămînă constante, fără să mai apară fenomenul de obişnuinţă la zgomot cu dispariţia modificărilor de ritm şi amplitudine, cu reîntoarcerea progresivă la aspectul iniţial anterior aplicării zgomotului, aşa cum se întîmplă la normali, cu toate că zgomotul persistă.

Efectele zgomotului asupra activităţii psihice sînt dintre cele mai interesante şi importante din punctul de vedere al capacităţii de adaptare în procesul activităţii productive. Reacţiile psihice sînt extrem de diverse şi depind de particularităţile fiecărei personalităţi, de structura premorbidă a acesteia. Cel mai frecvent se constată : starea de oboseală, instabilitate, labilităţi vegetativ-emoţionale, preocupare neliniştită pentru acuzele subiective cenestopatice sau obsesivo-fobice, decompensări anxioase tulburări vegetative, eventual fenomene care în ansamblul lor constituie simptomatologia caracteristică psihosindroamelor nevrotice. Mai rar, deşi nu sînt excluse, apar tendinţe interpretative de la o simplă atitudine de suspiciozitate şi neîncredere pînă la structurarea paralogică a unor idei delirante sistematizate sau nu, care pot eventual îmbrăca aspectul persecutat-persecutor. Se observă, de asemenea rar, stări confuzionale sau de obnubilare a conştiinţei.

La personalităţile cu structură dizarmonică de tip psihopatic, acţiunea zgomotului perturbînd funcţionalitatea encefalică, poate accentua trăsăturile nucleare egofile, ca şi incapacitatea de frînare a pulsiunilor instinctiv-emoţionale, ceea ce are drept cosecinţă manifestările aberante în plan atitudinal, relevate în mod deosebit prin alterarea interrelaţiilor normale de microgrup productiv.

Menţionăm că atît în cazul sindroamelor interpretative, în psihosindroamele de tip psihopatic ca şi în stările de obnubilare a conştiinţei, o importanţă cu totul deosebită o au trăsăturile premorbide ale personalităţii, asupra căreia, zgomotul acţionînd nu face decît să developeze structurile constituţional-fragile, deficitare şi care în general nu sînt indicate pentru locurile de muncă ce prezintă risc adaptativ. De aceea se pare că, a afirma că zgomotul este responsabil de aceste perturbări şi inclusiv de tulburările de tip nevrotic apare ca o exagerare şi un abuz în acelaşi timp. În acest context, se pare că mai curînd apare ca necesar să luăm în considerare particularităţile iniţiale ale personalităţii de care trebuie să se ţină seama în ce priveşte orientarea profesională în raport cu solicitările de climat fizic. Literatura de specialitate, abordînd reacţiile în raport cu efectele zgomotului asupra angajaţilor nu întotdeauna ia în consideraţie factorul subiectiv al motivaţiilor, trebuinţelor şi tendinţelor ideo-afective, de atitudini şi de corelare armonioasă cu aptitudinile fiecărei persoane în parte. În studiul clinic al sindroamelor nevrotice riscă să ia în consideraţie fenomenologia clinică subiectivă de tip nevrotic, nu ca epifenomen al unor cauze multiple biologice, psihologice şi de microgrup social, ci caută de multe ori originea într-o cauză unică : acţiunea nocivă a zgomotului. În consecinţă, apreciem că în considerarea tulburărilor neuropsihice în condiţii de zgomot se cere mai multă prudenţă în studiul corelaţiilor dintre aspectul endogen şi exogen în determinismul unor asemenea manifestări patologice. În acelaşi timp apare ca necesară delimitarea netă între fenomenele de oboseală care pot apare în condiţii de zgomot şi stările patologice enunţate mai sus.

În sensul celor de mai sus, se constată că zgomotul detremină ridicarea pragului de percepţie auditivă, scade abilitatea manuală, produce distorsionări ale proceselor de atenţie, creşte frecvenţa greşelilor şi a tulburărilor de coordonare fină, prelungeşte timpul de reactivitate motorie la semnalele optice şi acustice, perturbări stereoscopice ca şi de percepere a culorilor, scade capacitatea vizuală nocturnă şi pragul frecvenţei critice de fuziune a imaginilor luminoase. Toate aceste modificări exprimă fenomenul de oboseală care este fiziologic, reversibil şi nu trebuiesc confundate cu nevroza.

Scanned with OKEN Scanner

Ceea ce trebuie de asemenea să reținem este că zgomotul determină tulburări de somn, hiperemotivitate, instabilitate neurovegetativă, astenie, tulburări digestive, iritabilitate, perturbări de percepție vizuală, modificări endocrine și humorale în raport de nivelul sonor ambiant, de spectrul sonor, de frecvență, intensitate, durata și semnificația sa pentru organism. Este de asemenea sigur că trauma sonoră acționează nociv în cazul unor suferințe encefalice de natură exogenă.

Se poate reține, cu rezervele cuvenite, că în raport de intensitatea zgomotului pot apare :

— între 30—60 db reacții psihice ;

— între 60—90 db, reacții psihice și somatice ;

— între 90—120 db, aceleași reacții cu lezarea urechii interne ;

— peste 120 db, reacții deosebit de importante cu apariția surdității permanente.

Studiind pe un număr de 2060 oameni ai muncii de la Combinatul de Fibre Sintetice Iași, reacțiile subiective la acțiunea zgomotului, noi am constat următoarele : zgomotul nu are nici o influență asupra activității și reactivității neuropsihice, fiind apreciat ca un parametru de climat fizic indiferent în 14,54% din cazuri. S-au obișnuit cu zgomotul și nu determină reacții neplăcute 37,45% ; au declarat că nu suportă zgomotul 11,81% ; se simt obosiți în condițiile create de zgomot 20,54% provocîndu-le stare de iritabilitate, nevrozitate sau de labilitate emoțională în proporție de 17,15% din cazuri.

Se constată că la bărbați starea de obișnuință la zgomot este afirmată în 40,35%, iar la femei în 32,54% din totalul cazurilor. Atitudinea de indiferență față de zgomot, care traduce fenomenul adaptativ, se exprimă prin 18,20% la bărbați și de 8,23% la femei. Nu pot suporta zgomotul 14,96% bărbați și 17,25% femei. Zgomotul determină apariția pe plan subiectiv a oboselii în 25,74% la bărbați și în 32,94% cazuri la femei. Apariția stărilor de nevrozitate, iritabilitate sau excitabilitate pe planul reacțiilor vegetativ-emoționale a fost remarcată în răspunsurile date la 27,54% bărbați și 32,94% femei.

Din rezultatele obținute se constată o reactivitate crescută a femeilor față de acțiunea zgomotului în raport cu bărbații, particularități reactive care ni se par a ține de trăsăturile diferite dintre ceel două categorii cercetate și care se explică nu atît prin particularitățile biologice, cît mai ales țin de responsabilitățile mai mari pe care le au din punct de vedere psiho-social femeile, ca și datorită unui nivel mai crescut de exigență a femeilor în raport cu sarcinile productive.

În raport cu grupa de vîrstă am constatat că cea mai bună adaptare exprimată prin fenomenele de obișnuință sau indiferență față de zgomot s-a exprimat după cum rezultă din tabelul de mai jos :

Grupa de vîrstă	%	
	M.	F.
18—20 ani	65,36	52,00
21—25 ani	59,03	39,94
26—30 ani	44,29	34,95
31—35 ani	56,90	29,50

Se constată că atît la femei cît și la bărbați, fenomenul de adaptare subiectivă în raport cu zgomotul descrește în raport cu grupa de vîrstă și se menține diferențele adaptative între cele două sexe.

Cu privire la semnalarea senzației subiective de oboseală se constată următoarele date în raport de grupa de vîrstă și sex :

Grupa de vîrstă	%	
	M.	F.
18—20 ani	44,17	37,33
21—25 ani	24,39	33,96
26—30 ani	37,61	39,83
31—35 ani	28,80	80,32

Fenomenul de oboseală are o oscilație fazică în raport cu vîrsta la femei și înregistrează o maximă la grupa de vîrstă 31—35 ani, în timp ce la bărbați fenomenul de oboseală apare mai evident în grupa de vîrstă 26—30 ani.

Raportîndu-ne la reacțiile emoționale, afective, de iritabilitate ale salariaților la acțiunea zgomotului, noi am constatat următoarele în raport de criteriile de grupă de vîrstă și de sex :

Grupa de vîrstă	%	
	M.	F.
18—20 ani	23,60	15,26
21—25 ani	22,91	29,62
26—30 ani	29,52	32,52
31—35 ani	18,40	27,86

Datele obținute de noi atestă o reactivitate particulară mai net exprimată la femei în raport cu zgomotul, ce se desfășoară fazic în raport cu grupa de vîrstă, ceea ce exprimă dinamica particulară a reacțiilor adaptative.

Aceleași reacții au fost studiate în raport de starea civilă a angajaților și de repartiția lor pe grupe de vîrstă și sex. Adaptarea la zgomot în raport de parametrii luați în studiu se prezintă astfel :

Grupa de vîrstă	M—%		F—%	
	Căsăt.	Necăsăt.	Căsăt.	Necăsăt.
18—20 ani	60,00	58,59	60,46	48,59
21—25 ani	68,47	63,05	44,02	32,19
26—30 ani	46,66	35,95	36,09	16,66
31—35 ani	54,38	45,45	26,31	75,00

Ceea ce se desprinde din datele expuse este adaptarea mai bună la condițiile de mediu cu zgomot la angajații căsătoriți în raport cu cei necăsătoriți, fenomen care are valori semnificative la ambele sexe. Se constată, de asemenea, fenomenele fizice în raport cu grupa de vîrstă exprimate la ambele sexe, însă predominînd la sexul masculin și la femeile necăsătorite, favorizate pozitiv îndeosebi la cei căsătoriți care au în general o viață mai bine organizată și motivații mai bine întemeiate. Descreșterea valorilor de adaptare la zgomot la femeile căsătorite țin, după opinia noastră, de particularitățile fiziologice ale femeii, dar îndeosebi de responsabilitatea maximă biologică, psihologică și socială care intervin indeosebi după vîrsta de 25 de ani și se manifestă în mod predominant în grupa de vîrstă 31—35 ani. Aceste date se corelează cu o serie de studii efectuate de unul dintre noi, care a constatat o incidență crescută a sindroamelor nevrotiforme la femei în aceeași perioadă de vîrstă, la fel cu o incidență mai crescută a

Scanned with OKEN Scanner

decompensărilor unor suferinţe de natură viscero-humorală. Aceste date susţin opinia formulată mai sus în sensul că fenomenele adaptative sau dezadaptative la zgomot au o determinare complexă de ordin biologic, psihologic, de microgrup social şi nu ţin numai de parametrii fizici ai noxei sau ai încăperilor ori utilajelor în acţiune.

Nu pot să suporte zgomotul şi au o stare de disconfort :

Grupa de vîrstă	M—%		F—%	
	Căsăt.	Necăsăt.	Căsăt.	Necăsăt.
18—20 ani	—	21,33	13,95	15,8
21—25 ani	15,76	14,51	2,50	19,27
26—30 ani	12,12	22,22	32,47	33,33
31—35 ani	24,56	25,00	19,29	—

Dispersia cifrelor ne face să credem că în comportamentul faţă de zgomot particularităţile personale au o importanţă deosebită.

Dacă ne raportăm la fenomenul de oboseală, vom constata următoarele :

Grupa de vîrstă	M—%		F—%	
	Căsăt.	Necăsăt.	Căsăt.	Necăsăt.
18—20 ani	10,00	30,96	25,58	28,03
21—25 ani	25,54	23,74	32,75	35,61
26—30 ani	36,96	40,00	39,31	50,00
31—35 ani	28,07	36,35	35,00	—

Fenomenul de oboseală ne apare mai frecvent la femei ca la bărbaţi ; este mai frecvent, de asemenea, la cei necăsătoriţi faţă de cei căsătoriţi. Aceste date atrag atenţia asupra nivelului de organizare a microgrupului familial ca şi a calităţii organizării timpului în cazul persoanelor necăsătorite şi bineînţeles motivaţiile psiho- sociale, diferenţiate în mod deosebit.

Un alt aspect studiat de noi a fost acela privind particularităţile de adaptare ale tinerilor angajaţi veniţi din mediul rural. În acest sens, noi am constatat că sînt adaptaţi la zgomot şi nu reţin o stare de disconfort subiectiv 54,44% din total, nu suportă zgomotul 15,10%, resimt stări de labilitate vegetativ-emoţională 29,06% şi au reclamat o stare de oboseală 31,12% din total.

În raport de grupa de vîrstă, şi starea civilă, am constatat următoarele în ce priveşte adaptarea la zgomot :

a) Nu resimt influenţă negativă şi s-au obişnuit :

Grupa de vîrstă	M—%		F—%	
	Căsăt.	Necăsăt.	Căsăt.	Necăsăt.
18—20 ani	65,11	—	53,84	61,29
21—25 ani	70,58	59,18	50,98	39,20
26—30 ani	53,06	16,66	43,75	—
31—35 ani	44,44	33,33	50,00	66,66

b) Nu pot să suporte zgomotul deoarece le creează starea de disconfort psihic :

Grupa de vîrstă	M—%		F—%	
	Căsăt.	Necăsăt.	Căsăt.	Necăsăt.
18—20 ani	21,56	—	30,76	3,22
21—25 ani	17,64	8,16	30,76	14,28
26—30 ani	14,28	16,66	12,50	—
31—35 ani	12,00	—	26,66	—

c) Resimt starea de oboseală :

Grupa de vîrstă	M—%		F—%	
	Căsăt.	Necăsăt.	Căsăt.	Necăsăt.
18—20 ani	25,58	—	7,69	29,03
21—25 ani	32,35	18,36	39,40	32,14
26—30 ani	42,05	16,66	34,47	—
31—35 ani	28,00	18,65	—	—

Datele obţinute privind reactivitatea adaptativă la zgomot a oamenilor muncii proveniţi din mediul rural, nu arată diferenţe semnificative în raport cu totalul lotului sau cu oamenii muncii proveniţi din mediul urban. Particularităţile de reactivitate se constată şi la cei proveniţi din mediul rural ca fiind condiţionate de aceiaşi parametri evidenţiaţi mai sus (vîrstă, sex, stare civilă etc.).

Din studiul nostru se desprind următoarele concluzii semnificative :

a) zgomotul reprezintă un factor sterssant în raport de intensitatea, durata şi semnificaţia sa în ce priveşte adaptarea neuro-endocrino-humorală şi ideo-afectivă a fiecărei persoane în parte ;

b) acţiunea zgomotului depinde de natura agregatelor în mişcare, de particularităţile de construcţie ale secţiilor ca şi de mijloacele folosite privind preîntîmpinarea sa ;

c) zgomotul apare ca o noxă importantă în raport cu care orientarea profesională va ţine seama de particularităţile fiecărei persoane în parte, în vederea prevenirii riscurilor dezadaptative socio-profesionale şi instructiv-educative ;

d) în raport de grupa de vîrstă, adaptarea organismului la trauma sonoră are un caracter fazic, constatîndu-se o incidenţă mai mare a fenomenelor de risc adaptativ la bărbaţi între 25—30 ani, iar la femei între 31—35 ani. În general aceste procese fazice au un caracter fiziologic, reversibil ;

e) reactivitatea negativă pe plan subiectiv este mai frecventă la femei decît la bărbaţi ;

f) în raport cu starea civilă, reactivitatea subiectivă la zgomot este mai evidentă la angajaţii necăsătoriţi în raport cu cei căsătoriţi ;

g) prevenirea fenomenelor de risc adaptativ în raport cu zgomotul vizează un ansamblu de măsuri biologice, psihologice şi sociale, alături de cele tehnice, organizatorice, de protecţia muncii etc., în colaborarea interdisciplinară, care vizează adaptarea maşinii la om în condiţiile dezvoltării multilaterale a societăţii şi personalităţii.

Scanned with OKEN Scanner

PROFILAXIA DEPENDENȚEI ALCOOLICE LA SALARIAȚII DINTR-O ÎNTREPRINDERE DE PRELUCRARE A BĂUTURILOR ALCOOLICE

G. Zichil, Gabriela Marinescu, V. Chiriță, Elena Popovici
— Spitalul județean — Bacău

Colectivul de medici psihiatri din Spitalul județean Bacău, urmărind profilaxia dependenței alcoolice la salariații dintr-o întreprindere de vinuri și băuturi spirtoase Bacău, încearcă, prin datele și concluziile ce vor fi redate în continuare, să aducă o contribuție la profilaxia dependenței etilice în rîndul salariaților care prin specificul muncii lor sînt în contact nemijlocit pe toată durata celor 8 ore de activitate, cu băuturi alcoolice.

În cadrul întreprinderii de vinuri și băuturi spirtoase Mărgineni — Bacău, funcționează o secție de băuturi distilate și aperitive — asupra căreia a fost orientată observația noastră. Lotul examinat cuprinde 46 salariați care lucrează în două ture numai la secția de îmbuteliere, etichetarea și ambalarea sticlelor și care, datorită procesului de producție au acces la băuturile alcoolice, fără a putea fi controlați asupra cantităților ingerate zilnic, acestea rămînînd la aprecierea fiecărui salariat în funcție de dispoziție, starea somatică, grad de obișnuință, conștiință profesională și nivel socio-cultural. În acest context, în profilaxia alcoolismului, a fost necesară elaborarea unei metodologii la această secție, împreună cu medicul de întreprindere și cointeresare factorilor din întreprindere. De menționat că rolul medicului psihiatru în profilaxia dependenței etilice este hotărîtor, însă nu exclusiv, el fiind completat prin corelarea factorilor socio-culturali și economici, în care medicul are rol de modelator în orientarea teoretică și practică a echipei multidisciplinare de specialiști și activiști obștești, antrenați în acțiunea profilactică.

În elaborarea metodelor psiho-profilactice s-a căutat găsirea și soluționarea problemelor complexe de dezadaptare, decompensare, defecte educaționale, cauze sociale, bio-psihice și de altă natură, care printr-o activitate dinamică, activ desfășurată la locul de muncă și în teren, urmărește reabilitarea pacientului dependent alcoolic, restabilește capacitatea de muncă a acestuia și a posibilităților de convețuire socio-familială corespunzătoare. Nu trebuie neglijată psihoterapia familială, stabilirea legăturilor strînse cu membrii familiei alcoolicului în sînul căruia acesta se află cea mai mare parte a timpului în afara orelor de producție, de găsire a soluționării problemelor sociale. Un rol important în profilaxia alcoolismului cronic îl au acțiunile de educație sanitară cu caracter de masă, presa, radio — T.V., conferințe, broșuri, filme, etc., care necesită a fi diversificate și intensificate în răspîndirea lor pînă la accesibilitate individuală.

În acțiunea de educație sanitară a salariaților se va insista asupra înlocuirii obiceiului unei părți a populației de a consuma băuturi alcoolice oriunde și oricînd, prin ridicarea nivelului cultural și sanitar, a unei conștiințe generale și individuale, aspirația la un nivel de trai mai bun, mai etic în context cu dezvoltarea actuală a societății. Cointeresarea medicilor din întreprinderile în care se desfac și se prelucrează băuturi alcoolice, a conducerilor economice și administrative, constituie măsuri importante în profilaxia alcoolismului, menite să contribuie la apărarea și promovarea sănătții mintale în acest sector de activitate.

SARCINILE ȘI RĂSPUNDERILE MEDICULUI PSIHIATRU ÎN COINTERESAREA CADRELOR INSTITUȚIONALE PENTRU PREVENIREA ÎMBOLNĂVIRILOR PSIHICE LA ÎNTREPRINDERILE DE TRANSPORT ÎN COMUN

Chiriță Vasile, Chiriță C-tin
— L.S.M. — Bacău

Preocupați de implicațiile expunerii salariaților din transportul în comun la factorii poluanți menționați am inițiat colaborarea noastră cu conducerea întreprinderii Exploatare de Gospodărie Comunală Bacău în scopul prevenirii efectelor nocive ale poluării și a respectării condițiilor optime de muncă. În acest sens s-au stabilit și concretizat o serie de acțiuni menite să asigure o bună funcționalitate a transportului în comun și un randament maxim al salariaților avîndu-se în vedere protecția contra poluării fizice și psihice.

Încă de la angajare se urmărește o selecție a conducătorilor auto și a taxatoarelor prin examinarea medico-psihologică și verificarea cunoștințelor profesionale și aptitudinilor.

Avînd în vedere faptul că mijloacele de transport în comun circulă începînd de la ora 5 și pînă la ora 24, aceasta presupune că salariații își încep activitatea la ora 4 dimineața. În acest sens pentru a evita apariția oboselii, salariații respectivi au primit locuințe în apropierea garajului, iar un autobuz de serviciu îi transportă pe cei ce locuiesc la distanțe mai mari. Prevenirea oboselii și surmenajului nervos se face și prin asigurarea unui număr mai mare de autobuze în orele de aglomerație maximă, în funcție de necesități.

Profilaxia poluării fizice se realizează prin amenajarea și verificarea autovehiculelor în mod curent și la solicitarea conducătorului auto în vederea respectării normelor tehnice. Astfel pentru ca zgomotul să nu depășească limita tolerabilă admisă se controlează periodic intensitatea acestuia cu ajutorul sonometrului S.P.M. — 101.

Măsurarea conținutului de oxid de carbon se face la motoarele cu aprindere prin scînteie cu analizorul de gaze Paltest J.T. 220, acționîndu-se cînd este necesar asupra carburatorului pentru obținerea unui amestec carburant corect, iar la motoarele cu aprindere în comprimare se utilizează bancuri pentru verificat pompele de injecție pentru dozarea corectă a cantității de motorină.

Pentru măsurarea intensității fumului, care este o suspensie de aerosoli solizi și lichizi se utilizează fummetre, care evoluează opacitatea fumului, iar eventualele remedieri se obțin prin folosirea benzinelor indicate de uzina constructoare.

Prevenirea efectelor dăunătoare ale consumului de alcool se face prin acțiuni de educație sanitară și

Scanned with OKEN Scanner

folosirea tuturor mijloacelor de informare, grafice şi audio-vizuale şi prin analiza cantitativă a concentraţiei de alcool în sîngele conducătorului auto cu alcool-testul respirator. În cazul suspendării permisului de conducere pentru conducerea autovehiculului sub influenţa alcoolului, conducătorul auto este examinat complex în cadrul L.S.M. de către psiholog şi medicul psihiatru şi numai cu avizul acestuia îşi poate relua activitatea.

Prin aceste măsuri complexe se realizează, din punct de vedere tehnic, o funcţionalitate eficientă a mijloacelor de transport în comun, evitarea consumurilor inutile de combustibil, securitatea generală a circulaţiei rutiere, concomitent cu acumularea cantităţilor minime posibile de poluanţi în amosferă, se contribuie astfel la asigurarea protecţiei mediului ambiant şi, în acelaşi timp, la protecţia corespunzătoare a salariaţilor din transportul în comun împotriva efectelor nocive ale poluări biogene şi psihogene.

În acest mod prin colaborarea şi relaţionarea medico-socială a medicului psihiatru se conturează măsuri importante de profilaxie a demodulărilor şi îmbolnăvirilor psihice, menite să concure la apărarea şi promovarea sănătăţii mintale în acest sector de activitate.

PROBLEME ALE ADAPTĂRII ÎN CADRUL UNOR ACTIVITĂŢI SPECIFICE MUNCITORILOR DIN TRANSPORTURI

Ioana Maria Georgescu, I. Hurjui, Gh. Creţeanu
— Institutul de medicină şi farmacie — Iaşi

Cercetarea noastră a cuprins un număr de 511 acari între 21 şi 60 de ani şi un număr de 448 conducători auto între 19 şi 51 de ani. Pentru stabilirea capacităţii de muncă a personalului respectiv, am recurs la analiza dosarelor de examinare psihologică din care am reţinut rezultatele examenului experimental cu interpretarea calitativă a datelor respective şi informaţiile despre randmentul şi comportamentul persoanei la locul de muncă. Totodată am extras din dosarele respective evenimentele produse de personalul cercetat, în funcţie de gradul de gravitate şi de vîrstă. De asemenea, ne-am oprit la indicaţiile următoarelor probe de laborator: *dinamometru* (la care diferenţele dintre cele două testări constituie o indicaţie asupra menţinerii sau scăderii energiei); *proba de disociere manuală — Lahy* (care ne oferă posibilitatea de a urmări subiectul sub aspectul randamentului şi comportamentului, distingînd procesul de adaptare şi integrare al acestuia); *proba „şase linii — Wojciechowski"*, care presupune posibilitatea de a acţiona sub presiunea timpului la un număr considerabil de excitaţii, distribuiţi pe un cîmp extins, Menţionăm că la proba de disociere manuală, aspectele de caracter influenţează puternic randamentul în timp ce la proba de „şase linii", temperamentul are prioritate; apoi *proba specială de mişcare — Ceauşu-Bolos* care ridică problema capacităţii generale, *proba cuburi — Knox* (test de performanţă pentru diagnosticarea memoriei) şi *proba de baraj — Toulouse — Pièron* prin care se urmăreşte persistenţa actelor de atenţie în condiţiile unei munci de solicitare intelectuală limitată, cu caracteristici de migală.

Prezentarea rezultatelor

Analiza variaţiei de medii la acari, în funcţie de vîrstă, indică o descreştere semnificativă la toate probele prin trecerea de la vîrsta de 21—30 de ani, la vîrsta 51—60 ani. Astfel la proba de disociere manuală (D.M.) se constată sub aspectul calităţii (numărul de erori) sporirea numărului de erori cu vîrsta. Dacă la vîrsta de 21—30 ani media erorilor este de 11,24, ea înregistrează o creştere continuă în funcţie de vîrstă: 16,66 la grupa de vîrstă de 31—40 ani, 38 la grupa de vîrstă de 41—50 ani şi 58,58 la vîrsta de 51—60 de ani. De asemenea, sub aspectul vitezei de lucru la aceeaşi probă s-a constatat o creştere a timpului de lucru prin înaintarea în vîrstă.

Rezultate diferite s-au obţinut la proba specială de mişcare, unde viteza de lucru se menţine cu variaţii nesemnificative şi inconstante aproape la acelaşi nivel în vîrste, fapt explicabil prin situaţia că proba are un caracter profesional, implicit cunoştinţe şi deprinderi formate (semnale, linii, trenuri, număr de trenuri, direcţii de mers, prioritate etc.). Prin trecerea anilor aceste deprinderi se accentuează şi nu mai ridică probleme în muncă pentru proba respectivă persoanelor cu vechime în muncă. Ea este modificată în cadrul situaţiilor conflictuale pe care le întîmpină uneori noii încadraţi sau elevii care nu au stereotipurile şi informaţia consolidate. De altfel, acest mod de interpretare este validat şi de indicaţiile de la rubrica privind evoluţia timpului de învăţare care marchează o scădere progresivă şi aproape regulată de la 21 la 60 de ani. Proba prin caracterul ei profesional nu mai ridică probleme pentru persoanele în vîrstă în procesul de învăţare iar descreşterea cotelor nu reprezintă o creştere a capacităţii de învăţare cum oricine ar fi tentat să conchidă urmărind analitic şi izolat de ansamblul factorilor evoluţia randamentelor în vîrste.

Deoarece accidentele produse în transporturile feroviare sînt dificil de individualizat, ele fiind rezultatul unui complex de împrejurări în care cu greu se poate distinge culpa directă a persoanei, am recurs la analiza frecvenţei persoanelor în accidente în funcţie de vîrstă, în sectorul de transporturi auto, unde conducătorul auto lucrînd independent pe maşină, relaţia profesionist-accident, se poate determina precis. Grupînd datele obţinute în funcţie de vîrsta conducătorului auto şi de natura accidentului, am constatat că prezenţa conducătorul auto în accidente, scade într-un mod simţitor şi regulat, prin trecerea de la vîrsta tînără la vîrsta matură. Astfel, din totalul de accidente de 448, observăm că 44 la sută din accidente sînt produse de conducători auto a căror vîrstă este cuprinsă între 19 şi 25 de ani, în timp ce numai 2 la sută din accidente sînt produse de conducători auto la etatea de 41—45 ani, 1,3 la sută din accidente între 46—50 de ani şi numai 0,2 la sută din accidente sînt comise de conducătorii auto în etate de peste 51 de ani. Accidentele de circulaţie sînt influenţate de conducătorii auto respectivi. Rezultatele noastre vin să confirme observaţiile sistematice şi ale altor cercetători români sau străini, de exemplu dr. U. R. Lampert după care, lipsa de experienţă, nevoia de bani, viteza mare, tendinţa de întrecere (pe cel din faţă), aprecierea greşită a propriilor forţe cît şi a celor ale motorului, dar şi absenţa (visare) sînt cauze de accidentare atît a celor în cauză (conducători auto) cît şi a pietonilor.

CONCLUZII

Rezultatele primei părţi a lucrării apar oarecum în contradicţie cu concluziile pe care le scoatem din partea a doua. Astfel, în faţa descreşterii

continue a potențialului unor variabile psihice în funcție de vîrstă ne aflăm în același timp și în fața unei descreșteri continue și regulate a frecvenței subiecților vîrstnici în accidente. Se pune întrebarea, dacă descreșterea înregistrată unilateral de anumite variabile psihice exprimă în adevăr o descreștere a capacității de muncă și indirect apare problema factorilor compensatori care intervin în echilibrul persoanei respective încît randamentul profesional să fie totuși în creștere, în raport cu vîrsta.

Fără îndoială, intervine aici maturizarea persoanei, experiența, gradul de măiestrie profesională care influețează pozitiv în menținerea nivelului profesional.

Verificarea capacității de muncă a unui om în aceste condiții ar trebui să cuprindă ansamblul aspectelor de personalitate, să urmărească raportul dintre ceea ce este nativ și ceea ce este rezultatul formării, a experienței. Aceasta ar impune și o analiză diferențiată a frecvenței persoanelor în accidente, în funcție de structura lor psihologică. Studierea anumitor variabile psihice trebuie corelată cu factori medicali pentru aprecicrea cît mai justă a capacității de muncă și în scopul menținerii potențialului energetic al lucrătorilor din transporturi pînă la vîrste cît mai înaintate.

Numai ansamblul aspectelor psihologice, sociologice, medicale, poate decide asupra aprecierii corecte a capacității de muncă la oamenii sănătoși în raport cu înaintarea lor în vîrstă.

Expertiza cu referire la degradările suferite prin procesul de îmbătrînire capătă astăzi o semnificație nouă. Formele de muncă moderne, prin înlăturarea efortului fizic și a acțiunii manuale (în special), devin accesibile omului pînă la vîrsta înaintată. De aceea pentru vîrstnici, acțiunea de recuperare trebuie organizată, ținîndu-se seama de caracteristicile formelor proprii de activitate.

Under certain sustained professional conditions adaptation to work becomes an essential problem which the production process itself depends on. 511 pointsmen between 21 to 60 years old, and 448 drivers, between 19 to 51 years old, were investigated through dynamometry, manual disociation test, „six lines — Wojciechowski", Ceauşu-Bolos special hand move test, Knox — cube test (memory performance diagnosis test), and Toulouse-Piéron test. The results of our research show that, together with the continuous decrease of the potential of certain psychic variables with age, a regular and continuous decrease of the accidents of the aged subjects is observed. Based on the obtained data, we consider that advancing in age, experience and the professional skill positively influence them maintaining of the professional driving level. The multiple personality aspects, the relation between what is native and what is the result of experience are also of great importance. The correlation between the psychologic structure and the medical factors, established trough periodical clinical examination makes it possible to appreciate the work capacity and allows to take measures in order to maintain the energetic potential of the traffic workers. The modern working forms, which avoid the physical effort and the manual activities take to a better adaptation to work.

ROLUL LABORATORULUI DE SĂNĂTATE MINTALĂ ÎN PROMOVAREA ȘI APĂRAREA SĂNĂTĂȚII MINTALE EVIDENȚIAT PRIN COLABORAREA CU DISPENSARUL MEDICAL AL ÎNTREPRINDERII DE CONFECȚII BACĂU

Dumitrescu Alex. Bogdan, Turcu I., Afloarei Angela, Neghiuc Adriana, Purcariu Elena, Kișlapoși Lucia

— Laboratorul de sănătate mintală — Bacău

Laboratorul de Sănătate mintală din Bacău a organizat la fabrica de confecții din localitate studiul factorilor de risc în apariția tulburărilor psihice în vederea instituirii măsurilor de profilaxie primară, depistarea activă și precoce a afecțiunilor psihice a profilaxiei secundare, dispensarizarea și tratamentul de întreținere a bolnavilor psihici luați în evidență.

Alegerea întreprinderii de confecții din Bacău, drept subiect al prezentului studiu își are o motivație bine întemeiată și izvorăște din faptul că la cabinetele de psihiatrie ale laboratorului cele mai multe consultații au fost acordate oamenilor muncii din această întreprindere. O altă justificare o constituie ideia că femeile sînt, prin constituția lor psiho-somatică, expuse riscului la nevroză în general, sau cel puțin sînt niște indicatori mai sensibili ai prezenței factorilor de risc în apariția îmbolnăvirilor mintale.

Investigația întreprinsă de noi a început printr-o etapă preliminară și care a constat în cercetarea fișierului de evidență a dispensarului mintal. Am constatat că foarte multe muncitoare aveau în antecedentele medicale acuze psihiatrice, însă începînd să localizăm secția, produl cu cele mai frecvente cazuri, nu am ajuns la nici un rezultat favorabil întrucît dispersia cazurilor era relativ omogenă. Se impunea astfel o altă metodologie de abordare a fenomenului, alte ipoteze de lucru.

Prima fază a investigației a constat în folosirea tehnicii anchetei. Eșantionul ales a cuprins 168 muncitoare, populația produrilor 35, 36, 37, 38. S-a urmărit astfel să păstrăm ca o constantă locul de producție cu tot ce constituie mediul său ambiant : zgomot, căldură, lumină (produrile respective lucrează în același loc de muncă prin rotație). În acest fel, credem noi, vom putea mai lesne să verificăm ipotezele eliminînd factorii care ne-ar fi interesat mai puțin sau care ar fi intodus distorsiuni de informații.

Prin aplicarea unui chestionar am obținut informații despre caracteristicile generale ale populației întreprinderii, despre opinia acesteia față de munca pe care o desfășoară, despre relațiile existente în grupurile de muncă. Chestionarul a mai cuprins o rubrică numită „Semne directe de oboseală" cu două subrubrici : XX, sindrom neurosomatic și... sindrom psiho-afectiv.

A doua fază a investigației se impunea ca nesecară deoarece tehnica anchetei nu ne putea ajuta să sesizăm cauzalitatea, factorii determinanți în îmbolnăvirile psihice și a intensității acestora. Această fază a constat în cercetarea multi-disciplinară avînd la bază cazul individual. Echipa complexă, formată din psihiatru, psiholog, sociolog, medic medicină generală, a cercetat individual fiecare muncitoare oferind informații, date, care prin prelucrare statistică oferă informații cu caracter de generalitate.

Abordarea multi-disciplinară efectuată de echipă nu s-a făcut asupra întregului eșantion ci numai asupra extremelor acestuia. Alegerea loturilor care cuprindeau cîte 40 de muncitoare s-a efectuat prin procedeul sca-

Scanned with OKEN Scanner

lării, a semnelor directe de oboseală cuprinse în chestionarul amintit. Primul lot cuprindea muncitoarele cu cele mai multe itemuri semnificative, cel de al doilea cu cele mai puţine.

Această modalitate de abordare a problemelor a permis atingerea obiectivelor urmărite :

1. Cunoaşterea caracteristicilor socio—demografice, medico-biologice şi psihice şi importanţa acestora în favorizarea instalării bolii psihice ;
2. Cunoaşterea mediului de muncă a condiţiilor ambianţei, atît în mod obietciv cît şi subiectiv prin prisma conştientizării acestora de către muncitoare, pentru a determina rolul acestora în boala psihică ;
3. Cunoaşterea relaţiilor socio-afective existente în grupurile de muncă, ca posibile variabile implicate în creşterea sau diminuarea riscului la îmbolnăviri mintale ;
4. Posibilitatea îmbunătăţirii tehnicilor de investigaţie a factorilor de risc în îmbolnăvirile psihice (valoarea experimentală şi metodologică a studiului) ;
5. Depistarea şi dispensarizarea bolnavilor psihici marginali sau a celor cu potenţial morbid (valoarea practică a studiului).

The work aims to present the concrete way of action of the mental health Laboratory from Bacău in cooperation with the medical cabinet of cloth-factory from Bacau in order to find out the risk factors in the mental diseases concerning the starting of primary psychoprophylaxy the active and undeveloped (unmatured) discovery of the psychic affections in view of the secondary prophylaxy, the taking into evidence and the permanent medical treatment of the mental ill persons.

The investigation had to be done, in several stages and in o complex way by means of a team made of the psychatrist, the psychologist, the sociologist, the general doctor achieving in that way the settled purposes.

ADAPTAREA ŢESĂTOARELOR LA MUNCA ÎN SCHIMBURI ALTERNANTE DUPĂ SISTEMUL 3 × 8 CU ALTERNARE SĂPTĂMÎNALĂ

Gr. Stavri, I. Silion, Lidia Antoniuc, Al. Călugăr, Ştefania Dimofte

— Institutul de medicină şi farmacie — Iaşi
Disciplina de medicina muncii

Au fost luate în obserbaţie pe timp de un an, 8 ţesătoare nou încadrate în muncă, cu vîrsta cuprinsă între 18,1 şi 19,7 ani, absolvente a şcolii generale şi profesionale, necăsătorite, cu bune condiţii de locuinţă, odihnă şi alimentaţie, fără traume psihice şi cu o bună stare de sănătate.

Orariile de muncă prezintă următoarele caracteristici : durata zilei de muncă de 8 ore iar a săptămînii de 6 zile, munca desfăşurîndu-se în 3 schimburi cu alternare săptămînală, succesiunea acestora fiind după sistemul III (noaptea între orele 22—6), II (după amiaza între orele 14—22) şi I (dimineaţa între orele 6—14). Durata unui ciclu complet de rotare a schimburilor este aşadar de 3 săptămîni. Condiţiile de muncă ale ţesătoarelor, sub aspectul solicitărilor şi factorilor de mediu sînt prea bine cunoscute şi nu vom reveni asupra lor.

Pe parcursul anului cît a durat studiul, nu au intervenit modificări importante nici în condiţiile de viaţă şi nici în cele de muncă, exceptînd 3 ţesătoare care s-au căsătorit, dintre care una a prezentat, începînd cu luna a cincea de observaţie, stare de sarcină.

În alegerea indicatorilor de adaptare la sistemul de muncă respectiv, am ţinut cont în primul rînd ca aceştia să prezinte suficientă fidelitate pentru atingerea scopului propus şi, în al doilea rînd, să poată fi stabiliţi prin tehnici cît mai simple, aplicabile la nivelul locului de muncă, pe o perioadă îndelungată. Am considerat că, temperatura corporală, frecvenţa cardiacă şi senzaţia subiectivă de oboseală corespund acestor cerinţe ; semnificaţia acestor indicatori va fi discutată în lucrare.

Temperatura corporală a fost măsurată sublingual, în prima (începutul), a 4-a (mijlocul) şi a 8-a oră sfîrşitul) a schimbului de muncă. Frecvenţa cardiacă a fost stabilită prin măsurarea pulsului radial, în următoarele condiţii : înainte de începerea zilei de muncă (ora a 4-a), în condiţii de efort profesional şi anume în timpul intervenţiei la războiul de ţesut şi a supravegherii maşinilor ; la sfîrşitul zilei de muncă, imediat după încetarea efortului de muncă, în primele 3 minute de revenire, în poziţie şezîndă. Senzaţia obiectivă de oboseală a fost aflată cu ajutorul unui chestionar, aplicat de asemenea, la începutul, mijlocul şi sfîrşitul schimbului de muncă. Urmărirea acestor indicatori s-a făcut în prima (începutul), a 4-a (mijlocul) şi a 6-a (sfîrşitul) zi a săptămînii, în primele 6 luni, şi apoi, doar în ziua întîia şi a 6-a. A putut fi surprinsă cea mai mare parte a schimburilor de muncă de pe parcursul primului an de activitate profesională, care a cuprins 18 cicluri complete de rotare a schimburilir.

Rezultate. Media temperaturii corporale este, în general, mai crescută după amiază şi mai scăzută noaptea, avînd valori intermediare în timpul dimineţii. În prima săptămînă de activitate (a), timp de 6 zile, temperatura de noapte nu se apropie de cea de zi, avînd tendinţa de uşoară scădere. Curbele de temperatură ne arată că, atît fluctuaţiile de la o perioadă la alta, cît şi diferenţele între schimburi, sînt mai mici la sfîrşit (b) comparativ cu începutul anului ; de la 4—8, acestea scad la 1—2 zecimi de grad.

Valorile medii ale frecvenţei cardiace sînt mai mari în cursul după amiezii decît noaptea, la începutul anului, în prima şi a 4-a zi a săptămînii ; în ziua a 6-a, acestea sînt mai mari în cursul nopţii decît după amiaza. Frecvenţa caridacă este mai mare, în timp ce diferenţa acesteia dintre schimburi este mai mică, la sfîrşitul anului comparativ cu începutul anului.

Avînd în vedere existenţa unor diferenţe privind valoarea celor două variabile fiziologice, între perioada iniţială şi finală a primului an de activitate, am urmărit comportarea acestora pe tot parcursul anului, pentru a vedea cînd survin modificările respective. Studiul mediei ne arată că, alura curbelor ambilor parametri se modifică începînd cu al 10-lea ciclu, ceea ce corespunde la a 7-a lună de muncă. În cea de a doua perioadă, comparativ cu prima, temperatura are tendinţa de stabilizare, în sensul unor fluctuaţii şi diferenţe mai mici, pe cînd, frecvenţa cardiacă prezintă fluctuaţii şi diferenţe mai mari între schimburi. Există o tendinţă de creştere, pentru temperatură doar în prima perioadă iar pentru frecvenţa cardiacă pe tot parcursul anului. Analiza curbelor individuale ne-a arătat că, modificările amintite nu survin la toate persoanele în a 7-a lună ; la una dintre acestea ele au survenit în a 6-a, la două într-a 8-a iar la alta într-a 9-a lună.

Cunoscînd faptul că, între cele două faze ale ciclului menstrual există diferenţe în ceea ce priveşte atît

temperatura cît și frecvența cardiacă, am analizat aceste variabile separat, pentru prima și respectiv a doua parte a ciclului menstrual. Curbele anuale în aceste condiții prezintă aceleași caracteristici.

Acuzele de oboseală constau din cefalee, dureri oculare și lăcrimare, însoțite uneori de tulburări de vedere, miaglii și artralgii, iritabilitate, și, mai rar, astenie fizică și psihică. Aceste fenomene dispăreau prin repausul și somnul zilnic. Numărul țesătoarelor care au acuzat astfel de fenomene este mai mare în schimbul de noapte dar, el scade pe parcursul anului, pentru ca, începînd cu luna a 9-a și a 10-a, nici o țesătoare să nu mai acuze oboseală intensă, resimțită pe plan subiectiv ca afectînd capacitatea de muncă.

Discuții. Cercetările au arătat că bioritmul circadian obișnuit este caracterizat prin sincronizarea diferitelor funcții de bază ale organismului, cu alternarea zi-noapte și respectiv activitate-repaus. Sistemul schimburilor alternante solicită organismul pentru resincronizarea bioritmului, în vederea adaptării lui, în fiecare săptămînă la un nou schimb. Din cauza deosebitei stabilități a bioritmului, adaptarea se manifestă nu atît prin inversarea diferitelor variabile fiziologice între zi și noapte cît, mai ales, printr-o apropiere a acestora.Timpul necesar pentru adaptarea la noul schimb diferă de la o persoană la alta iar, la aceeași persoană, este diferit de la o funcție fiziologică la alta. Se consideră că, deși în 4 - 5 zile se poate vorbi de un început de adaptare globală, suprarenala necesită pentru adaptare 7 iar temperatura corporală 12 zile, la unele persoane chiar 5—6 săptămîni. Dacă se trece la ritmul obișnuit, revenirea e foarte rapidă. Aceste date ne arată că, în decurs de 6 zile, organismul nu reușește să se adapteze deplin la un nou schimb. Alternarea săptămînală a schimburilor solicită intens organismul, solicitare care se exprimă prin permanente fluctuații de la zi la zi și, mai ales, de la o săptămînă la alta, a diferitelor funcții și, implicit a variabilelor fiziologice ce le caracterizează : puls, tensiune arterială, temperatură corporală, frecvența respirațiilor, metabolismul, eozinofilele circulante, adrenalina, corticoizii, mitozele, excitația și inhibiția corticală etc.

Variația temperaturii corporale în decurs de 24 ore exprimă cel mai bine adaptarea la locul de muncă în schimburi alternante. Cercetările de laborator au arătat că, există un paralelism între curba temperaturii corporale și variația în decurs de 24 ore a rezultatelor la diverse probe psihologice, momentelor de valoare minimă corespunzîndu-le momentele de eficiență minimă a activității psihice și invers. Se pare că, variația temperaturii corporale prezintă paralelism cu performanța. Pe de altă parte, temperatura corporală prezintă, în comparație cu celelalte variabile fiziologice, o inerție mai importantă, pretîndu-se, credem noi, cel mai bine, la utilizarea drept indicator al adaptării pe termne lung.

Frecvența cardiacă, măsurată la locul de muncă, în timpul efortului profesional și-n perioada de revenire, s-a dovedit a fi un bun indicator pentru aprecierea capacității de muncă și a posibiltății de adaptare la muncă. Frecvența caridacă reflectă integrarea mai multor elemente ale muncii ca, efortul fizic, senzorial și neuropsihic, ambianța etc., putînd fi considerată deci, ca un indicator global al stressului profesional. În plus, cercetări recente au arătat că, între activitatea aparatului cardiovascular și activitatea nervoasă superioară există o puternică corelație.

Acuzele subiective de oboseală pot avea și ele importanță, corelate fiind cu alți indicatori, pentru aprecierea adaptării sau inadaptării la un anumit sistem de muncă. După unii autori, adeziunea personală pentru un anumit sistem, reflectă o bună adaptare.

Prima observație ce se impune este aceea că, toate datele obținute prin cercetarea noastră, se încadrează între limitele considerate normale.

Fluctuațiile mai mici și micșorarea diferenței de temperatură între schimburile de zi și cele de noapte la sfîrșitul unui an de muncă, reprezintă dovada instalării pe parcursul anului, a unor modificări, pe care le interpretăm ca fiind de natură adaptativă. Prima perioadă a anului, avînd în general o durată de 6—7 luni, uneori și mai mult, este caracterizată, ca urmare a efortului destinat realizării adaptării la alternarea săptămînală a schimburilor, prin modificări care se reflectă în variațiile mai mari ale temperaturii corporale, atît pe parcursul zilei cît și a săptămînii ; nu are însă loc o apropiere a temperaturii de noapte de cea de zi, o singură săptămînă fiind insuficientă pentru realizarea adaptării. În același timp, reactivitatea aparatului cardiovascular la solicitarea profesională este mai puțin intensă și mai puțin rapidă. După aproximativ 6—7 luni, uneori și mai mult, se instalează o nouă stare. Această stare e caracterizată, nu atît prin rapiditatea cu care temperatura corporală din timpul muncii de noapte se apropie de cea de zi pe parcursul săptămînii cît, printr-o modificare relativ stabilă și de durată a bioritmului circadian obișnuit, în sensul stabilizării și-n același timp, a apropierii curbelor circadiene ale temperaturii, în toate zilele săptămînii. În paralel, răspunsul aparatului cardiovascular la efortul profesional devine mai prompt și, totodată, de mai mare amplitudine, reflectîndu-se în variațiile mari ale frecvenței cardiace, atît în timpul muncii profesionale cît și prin primele minute de refacere după muncă. Sîntem tentați să punem aceste caracteristici ale reactivității cardiovasculare, pe seama creșterii simțului de răspundere în muncă. La operatorii tablourilor de comandă dintr-o centrală termoelectrică, am găsit în timpul muncii de noapte, eliminări urinare de acid vanilmandelic mai crescute decît în timpul muncii de zi, și am explicat acest fenomen, prin stressul psihoemoțional mai crescut noaptea decît ziua, din cauza efortului organismului pentru menținerea stării de vigilență.

Evoluția acuzelor subiective de oboseală acută, fiziologică, pe parcursul primului an de activitate și, adeziunea țesătoarelor la sistemul respectiv de muncă, constituie argumente în plus, pentru instalarea fenomenului de adaptare „de durată".

Amplificarea și aprofundarea cercetărilor pe această temă, pot aduce noi cunoștințe pentru lămurirea diverselor aspecte și mecanisme de instalare a adaptării „de durată" la munca în schimburi alternante.

In order to check the hypothesis which stands for the existence of a „lasting" adaptation to work in alternative shifts according to the weekly alternation 3 × 8 system, the authors investigated 8 women-weavers, 18—19 years old, under good conditions of living and work, healthy and without psychical trauma, within the first year of work. It was determined the sublingual temperature, the cardiac frequence and the subjective state of tiredness in 3 and then in 2 days of the week, at the beginning, in the middle and at the end of the work-day, for most day and night shifts. The results show that, starting with the 7th month, sometimes later, the fluctuations and differences between shifts according to body temperature decrease, the promptness of the response of the cardiovascular system to the professional effort, expressed by the cardiac frequence, increases and the subjective complaints of tiredness decrease. The relatively stable and lasting modifications of the cyrcadian biorhythm, which are characteristic for this new state of the body, are interpreted by the authors as „lasting adaptation".

Scanned with OKEN Scanner

ECONOMIE ŞI SĂNĂTATE

G. Medrihan, I. Dorofte
— Institutul politehnic — Iaşi

Raporturile dintre economie şi sănătate, ca şi economia sănătăţii, ca disciplină ştiinţifică, ridică probleme de ordin socio-economic de mare complexitate. Pornind de la constatarea că în ţara noastră aceste probleme sînt încă puţin cercetate, prezenta noastră intervenţie urmăreşte de a suscita interesul medicilor, directorilor unităţilor de ocrotire a sănătăţii, precum şi a altor factori de decizie din aceste unităţi, pentru a dezvolta efortul de cercetare sau pentru a face comenzi de cercetare în această direcţie. În acest scop, vom încerca să punem în evidenţă unele din numeroasele probleme pe care le ridică, pe de o parte, interdependenţa dintre economie şi sănătate, iar pe de altă parte, economia sănătăţii, probleme care ar putea constitui obiectul unor abordări interdisciplinare.

Este unanim cunoscut faptul că între starea de sănătate şi condiţiile economico-sociale în care se desfăşoară viaţa şi activitatea oamenilor există o strînsă interdependenţă. Pe de o parte, factorii economico-sociali (nivelul dezvoltării economice, natura orînduirii sociale cu tot ce se leagă de ea) influenţează în mare măsură indicatorii de sănătate a populaţiilor. Pe de altă parte, starea de sănătate a oamenilor reprezintă un factor major al progresului economico-social.

Factorii economico-sociali induc efecte favorabile asupra stării de sănătate a unei populaţii. Este evident faptul că modalităţile şi posibiltăţile de aplicare a unor măsuri sanitare, însăşi starea generală de sănătate a unei populaţii se leagă înainte de toate de nivelul dezvoltării economice şi caracteristicile social-politice şi culturale ale fiecărei ţări. Aceşti factori influenţează direct numărul de medici, numărul de spitale şi de paturi de spitalizare, cantitatea consumurilor medicale, starea alimentaţiei, alcoolismul, tabacismul, confortul locuinţelor, structura socio-profesională, modalităţile de transport, condiţiile de muncă, cheltuielile pentru combaterea poluării, veniturile, nivelul de instrucţie şi alţi indicatori de care depinde direct starea de sănătate a populaţiei. Datele statistice sînt evidente în acest sens. De exemplu, tabelul anexat, în care s-a extras întîmplător dintr-o listă de 124 ordonate, în funcţie de P.N.B. pe locuitor, pe baza pasului 8, un număr de 17 ţări pentru anul 1971. Datele scot, însă, în evidenţă nu numai legătura directă dintre nivelul dezvoltării economice şi unii indicatorii ai stării de sănătate, ci şi existenţa unor însemnate decalaje între ţări în această privinţă. Ele provin din decalajele nivelului de dezvoltare, necesitatea lichidării lor constituind un motiv în plus pentru motivarea instaurării unei noi ordini economice şi politice internaţionale, ca singura cale în măsură să ducă la o lichidare rapidă a subdezvoltării şi deci şi a decalajelor în starea de sănătate a diferitelor popoare. De asemenea, datele statistice scot în evidenţă că, ţările socialiste, în comparaţie cu ţările capitaliste, au indicatori ai stării de sănătate mai ridicaţi decît cei ai nivelului lor de dezvoltarfe economică. Aceasta arată că în aceste ţări dezvoltarea economică se îmbină cu cea socială, ceea ce atestă că ţelul producţiei este înflorirea multilaterală a oamenilor, atît din punct de vedere fizic, cît şi moral şi intelectual. De asemenea, aceasta demonstrează că forma de organizare social-politică are şi ea o mare influenţă asupra stării de sănătate a popoulaţiilor.

Analizînd interdependenţa dintre indicatoriii stării de sănătate (Si), măsuraţi prin durata medie de viaţă, pe de o parte, şi îngrijirile medicale (M.i.) şi factorii legaţi de mediul înconjurător (E.i.), pe de altă parte, Alain Letourmy, preciza că :

S.i. = f (M.i., E.i.) A

Autorul arată că la rîndul său M.i. provine o parte din deciziile de consum ale indivizilor M.i.[1] şi din deciziile de consum hotărîte de medici M.i.[2].

M.i.[1] este presupus în funcţie de S.i. (starea de sănătate), astfel cum ar fi :
— caracteristicile ofertei de sănătate (O.S.i.)
— factorii socio-culturali şi economici (S.C.i.)

— O.S.i. ar reprezenta în special mijloacele în personal şi echipamente medicale disponibile, iar O.C.i. ar evoca factorii nivelului de dezvoltare socio-culturală şi economică.

Simbolic, formarea lui M.i.[1] ar fi :
M.i.[1] = g (S.i., O.S.i., S.C.i.) B
şi
h (M.i.[2], S.i., O.S.i., M.i.[1] = O C

Punînd aceste 3 funcţii într-un model de forma unei funcţii de producţie de tip Coob-Douglas şi aplicîndu-l la anumite date empirice din economia franceză din anul 1968, el ajunge la concluzia că *nivelul de mortalitate „este extrem de dependent de modul de viaţă a unei populaţii şi foarte puţin de îngrijirile medicale pe care le consumă"* (Satne, environnement et consommation médicales, Revue économique, nr. 3, 1973, p. 414). După acest autor, variaţiile geografice ale mortalităţii sînt determinate înainte de toate de mediul înconjurător, înţelegînd prin aceasta atît clima, poluarea, cît şi modul de viaţă (alimentaţie, tabacism, nivel cultural, confortul locuinţelor, condiţiile de muncă etc.). Chiar dacă autorul face abstracţie de influenţa formei de organizare social-politică asupra acestor indicatori ai mediului înconjurtăor, modelul scoate în evidenţă importanţa hotărîtoare a factorilor economici asupra indicatorilor de sănătate.

În acelaşi timp, dezvoltarea economică produce pe alocuri efecte secundare nedorite, cum este poluarea, care, dacă nu sînt luate în consideraţie şi contracarate la timpul oportun, pot provoca daune sănătăţii oamenilor. Aşa se poate explica frecvenţa aşa ziselor „boli ale civilizaţiei", apariţia acestora chiar la vîrste tinere, creşterea consumurilor medicale, creşterea costurilor asistenţei medicale, creşterea numărului de zile cu incapacitate temporară de muncă etc. Din păcate, evaluarea consecinţelor asupra stării de sănătate a acestor efecte nedorite ale dezvoltării şi deci a costurilor umane ale dezvoltării, a progresat foarte puţin. De aceea, aceste costuri umane sînt încă prea puţin luate în consideraţie în calculele economice şi aprecierea rezultatelor economice ale diferitelor obiective industriale. Cu atît mai puţin ele nu sînt introduse în costurile de producţie. Or, neglijarea costurilor umane din calculele şi judecăţile economice pot produce erori în aprecierea eficienţei unor anumite acţiuni economice.

Foarte puţin studiate sînt şi influenţele formei de organizare social-politică asupra stării de sănătate. Prezenţa sau absenţa şomajului, absenţa sau prezenţa crizelor economice şi ale altor cauze neciclice, modul de trai, modalităţile specifice de înfăptuire a revoluţiei tehnico-ştiinţifice contemporane, starea culturală etc., sînt toţi atîţia factori care depind direct de caracteristicile social-politice şi care influenţează în mare măsură starea de sănătate.

La rîndul său, starea de sănătate reprezintă un factor foarte important de dezvoltare economică a unei ţări. Dacă nu ar fi să ne oprim decît numai asupra unor indicatori ca : numărul de zile de incapacitate temporară de muncă, de concedii medicale, costurile de sănătate directe sau indirecte etc. în expresia lor

Scanned with OKEN Scanner

cantitativă și ar fi sufiicent să ne dăm seama de pierderile din venitul național și, deci, lipsa lor, de posibilitățile mai rapide de creștere a acestuia. Din păcate, evaluarea economică a acestei influențe încă nu este aproape deloc cercetată.

Grija partidului și statului nostru pentru sănătatea populației este oglindită de sporirea, an de an, a mijloacelor directe și indirecte, puse în slujba ocrotirii sănătății membrilor societății, a creșterii și întreținerii unor generații bine dezvoltate din punct de vedere fizic și intelectual. Este semnificativ în acest sens faptul că nivelul cheltuielilor de la bugetul de stat direct pentru sănătate au fost în 1975 de peste 15 ori mai mari decît în 1950, atingînd pentru un an suma de aproape 10 miliarde lei. Numărul paturilor de asistență medicală a crescut de la 69,2 mii lei în 1950 la peste 196 mii lei în 1975, iar în cincinalul 1976—1980 vor fi date în funcțiune peste 23.400 de paturi în cele 45 de spitale noi. Ca urmare, indicele de asigurare a populației cu paturi, de asistență medicală a fost în 1975 de 9,2 paturi la 1000 locuitori (4,2 paturi în 1950). Rețeaua sanitară dispunea la sfîrșitul anului 1975 de peste 34 mii medici și peste 121 mii cadre medii sanitare. S-au amplificat totodată acțiunile de ocrotire a sănătății celor mici, de îmbunătățire a condițiilor de odihnă ale populației, de îmbunătățire a sănătății a stării de nutriție, a condițiilor de locuit și de muncă etc. Toate aceste acțiuni cunosc o nouă etapă de dezvoltare în actualul cincinal și au fost și sînt posibile de realizat pe baza dinamismului nostru economic. Ca urmare, ocrotirea sănătății a devenit o importantă ramură de activitate care ridică tot mai multe și mai complexe probleme economice. În aceste condiții apare necesitatea acordării unei importanțe mai mari „economiei sănătății" ca nouă disciplină cu caracter economic.

După părerea noastră, economia sănătății are sarcina de a cerceta relațiile materiale dintre oamenii atrași în sfera ocrotirii sănătății, aspectele economice ale activității instituțiilor de ocrotire a sănătății, raporturile reciproce dintre aceste instituții, precum și dintre acestea și alte ramuri de activitate din economia națională.

Domeniile și problematica de cercetare sînt deosebit de multiple și încă foarte puțin abordate. Astfel, economia sănătății este chemată să cerceteze mai întîi metodologia generală a problemelor ocrotirii sănătății și înainte de toate a problemelor de eficiență economică al activității acestei ramuri. Desigur, aici problema eficienței trebuie să fie subordonată cerințelor umane. Astfel, statul finanțează acțiuni în care nu primează problema eficienței economice, dar care au o mare eficacitate medicală sau sînt aboslut necesare din punct de vedere social-umanitar. Totuși, întreaga activitate în acest sector de activitate trebuie privită nu numai sub aspect medico-sanitar, ci și sub aspect economic. Apare aboslut necesar studierea : a) eficacității activității medico-sanitare și de ocrotire a sănătății ; b) eficiența economico-financiară a activității unităților de ocrotire a sănătății ; c) eficiența economică a acțiunilor de ocrotire a sănătății pentru economia națională. În acest scop, încă nu se dispune, cu toate eforturile făcute, de categorii economice fundamentate științific și un sistem de indicatori fizici și valorici care să caracterizeze în mod complex activitatea unităților de ocrotire a sănătății și eficiența activității și acțiunilor lor. De mare importanță în acest sens este studierea costurilor diferitelor acțiuni, diferitelor boli etc., atît penru unitățile de ocrotire a sănătății, cît și pentru economia națională.

Un capitol foarte important poate fi și analizele economice comparative ale sistemelor de ocrotire a sănătății din diferite țări.

Avînd în vedere amploarea acestei activități care face parte din planul unic de dezvoltare a economiei naționale, această disciplină trebuie să se ocupe și de problemele metodologice de elaborare a planurilor tehnico-materiale de echipare cu mijloacece materiale bănești și de forță de muncă a unităților de ocrotire a sănătății, precum și a modalităților de folosire a mijloacelor puse la dispoziție.

Încă nu sînt elucidate pe deplin și au început să se poarte discuții dispersate asupra problemelor teoretice referitoarel a împărțirea cheltuielilor de ocrotire a sănătății între stat, diverse întreprinderi și unități economice și individ, asupra caracterului productiv sau neproductiv al activităților de ocrotire a sănătății, metodelor științifice de calcul și planificare a cheltuielilor pentru ocrotirea sănătății pe diferite măsuri și acțiuni, pe ramuri de activitate a economiei naționale, pe unități de ocrotire a sănătății ca și pe diferite unități administrativ-teritoriale etc.

Astfel, de exemplu, cheltuielile de ocrotirea sănătății au un rol esențial în prelungirea vieții și în reducerea mortalității și creșterea duratei vieții active, în sporirea eficienței activității membrilor societății, și, în general, în reproducția forței de muncă. Influența stării de sănătate asupra reproducției formei de muncă se concretizează în rezolvarea unor probleme sociale, dar mai ales în rezolvarea unor probleme economice, întrucît toate cheltuielile cu ocrotirea sănătății se acoperă rapid din venitul național creat de forța de muncă refăcută pe seama acestor cheltuieli. De aceea, tot mai insistent se vorbește de caracterul productiv al activității desfășurate în acest domeniu de activitate. În aceste condiții se ridică probleme ale determinării influențelor economice ale acestei activități și ale cooperării rezutatelor obținute, nu numai sociale și medicale, ci și economice, cu costurile. De asemenea, se știe că în socialism în cursul timpului de muncă necesar se crează produsul care servește la dezvoltarea multilaterală a capacităților fizice și spirituale ale fiecărui producător, inclusiv la acoperirea unei părți din cheltuielile de ocrotire a sănătății. Altă parte din aceste cheltuieli se suportă din produsul pentru societate (plus produs), sub forma fondurilor social-culturale destinate în acest scop. Dar, spre regretul nostru, nu se cunosc decît cu totul indirect și inexact cheltuielile făcute de unitățile economice pentru ocrotirea sănătății și incluse în costurile de producție (ca de exemplu, cele pentru îmbunătățirea condițiilor de muncă și de prevenirea accidentelor, de combatere a poluării mediului etc.). Problemele teoretice și practice legate de repartiția rațională a acoperirii cheltuielilor toate între aceste trei surse sînt încă și mai puțin elucidate. De asemenea, dacă nu se cunosc costurile diferitelor acțiuni și măsuri de ocrotire a sănătății nu se pot repartiza corect aceste cheltuieli pe ministere și unități economice, nu se pot lua în considerație așa-numitele „costuri umane" sau „efecte economice eterne" la determinarea eficienței economice în industrie, agricultură și alte ramuri cu caracter productiv. Or, toate aceste probleme sîntc hemate să le rezolve economia ocrotirii sănătății.

O altă problemă foarte importantă a economiei sănătății ar fi evaluarea costurilor acesteia pe unități sanitare, pe diferite boli, pe unități teritorial-administrative, pe zi de spitalizare, pe o durată medie de spitalizare etc. În acest scop, trebuie luate în considerație cheltuielile totale formate din : 1) fondurile de bază (localuri, instalații și aparate etc.) ; 2) fondurile circulante (materiale utilizate, medicamente etc.) ; 3) cheltuieli cu retribuția personalului medical. Din păcate, se insistă doar asupra ultimilor două grupe neglijîndu-se prima grupă de cheltuieli. Or, fără luarea în considerație și a amortizării fondurilor fixe, judecățile economice nu pot fi complete. Elaborarea metodologiei de realizare a acestui lucru rămîne ca o sarcină a economiei sănătății.

Scanned with OKEN Scanner

Estimarea pierderilor şi cîştigurilor economice suferite de economia naţională prin umărul de zile pierdute sau cîştigate prin incapacitatea de muncă (totală sau temporară), estimarea pierderilor sau cîştigurilor suferite de individ din aceleaşi cauze; optimizarea structurilor spitaliceşti; optimizarea repartiţiei fondurilor, mijloacelor tehnice şi a cadrelor în teritoriu; estimarea riscurilor în starea de sănătate şi studiul factorilor de risc în această privinţă; analiza diferenţierii costurilor pe unităţi de ocrotire a sănătăţii şi a factorilor care le provoacă; estimarea consumurilor medicale pe categorii socio-profesionale şi pe surse de acoperire; aprecierea gradului de accesibilitate a diferitelor categorii socio-profesionale şi teritoriale la asistenţa medicală şi realizarea unei echităţi depline în această privinţă, elaborarea tehnicilor modelării etc., sînt tot atîtea probleme care trebuie să stea în atenţia economiei sănătăţii.

Din aceste simple considerente se poate constata că:

— problemele ocrotirii sănătăţii au un caracter foarte complex (economic, social, politic) şi nu numai medical şi ca atare cer programe de *acţiuni complexe*, care să se refere la toţi factorii şi *coordonări unitare*, cît şi teritoriale de către *organisme complexe* (economice, politice, medicale, sociale) atît la nivel naţional, cît şi teritorial;

— că pentru analiza relaţiilor dintre starea de sănătate şi condiţiile de existenţă (economie, culturale, sociale etc.) trebuie întreprinse studii nu numai la nivelul diferiţilor indivizi izolaţi, ci şi la nivelul grupurilor mari, ale populaţiilor diferitelor economiei naţionale;

— că economia sănătăţii este o disciplină nouă, cu caracter interdisciplinar şi de graniţă, care are sarcina să rezolve o serie de probleme teoretice şi practice deosebit de complexe, prin reunirea preocupărilor şi competenţelor, în ciuda unor dificultăţi de comunicare, a corpului medical, a economiştilor şi a sociologilor. În acest scop, apare necesar să se creeze, fie din iniţiativa unor organe de decizie, fie din aceea a unor directori de spitale, a unor organisme medicale, sau a unor mari personalităţi medicale, a unor nuclee interdisciplinare de cercetare cu caracter permanent.

Ţara	P.N.B. pe locuitor	Consum alimentar (calorii pe locuitor)	Consum alimentar grame proteine pe locuitor)	Medici la 100 000 locuitori	Durata medie a vieţii (ani)
1. S.U.A.	5 160	3 270	97	155,0	71
2. Belgia	2 960	3 390	94	160,3	71
3. Olanda	2 620	3 290	84	120,2	74
4. U.R.S.S.	1 400	3 280	101	237,5	70
5. Polonia	1 350	3 270	99	156,3	70
6. Singapore	1 200	2 430	63	72,0	68
7. Cuba	510	2 500	63	86,7	67
8. Paraguay	280	2 800	74	62,1	59
9. Malaiezia	400	2 400	52	23,5	63
10. Irak	370	2 250	62	30,6	66
11. Honduras	300	2 180	58	27,0	49
12. Zambia	380	2 040	64	7,4	44
13. Rp. Malgaşă	140	2 350	53	10,1	38
14. Sudan	120	2 130	63	7,3	48
15. Liberia	210	2 040	36	9,6	37
16. Niger	100	2 180	72	1,8	41
17. Guineea	90	2 040	44	2,0	27
Media mondială	926	2 508	69	68	55

(Confirmare după: *Economia naţională, Tipologia economiilor naţionale*, Edit. politică, 1977, p. 29—31, 38—49).

In this issue we intend to reveal the importance and complexity of the interdependencies between the economical factors and the general health state of the people.

Undertaking an analysis in an econometric way we can draw the conclusion, a paradoxical one at the first view, that the mortality level is extremely dependent on the living way of a human group and a very small measure on the medical care of which they enjoy.

Finally, one makes some referencies to the object of the heath economy as a branch discipline.

ASPECTE ALE OBOSELII ÎN MUNCA DIN INDUSTRIA AUTOMATIZATĂ

Lia Zotovici, M. Cristescu, Rodica Mateescu, G. Popescu, V. Lisovschi, Ruxandra Brabeţeanu, Despina Marinescu, Ruxandra Brănescu

— *Institutul de igienă şi sănătate publică — Bucureşti*

Studiul oboselii în procesele de muncă automatizată, la nivelul tehnolgic actual, trebuie să aibă în vedere atît particularităţile activităţii şi ale organizării muncii cît şi condiţiile de ambianţă.

Transformările induse în activitatea umană prin automatizare, purtînd amprenta reducerii sau chiar suprimării efortului fizic, simultan cu amplificarea solicitărilor neuropsihice, abstractizarea muncii şi şi creşterea responsabilităţii, generează consecinţe care nu pot fi neglijate din punct de vedere al igienei mintale.

Necesitatea menţinerii vigilenţei în condiţii de substimulare şi lipsă de descărcare motorie are drept consecinţă creşterea încordării nervoase şi a oboselii cu posibilitatea derivării acestora în aria viscerală şi apariţia de tulburări psihosomatice.

Dintre factorii de ambianţă, zgomotul ca o caracteristică nefavorabilă a automatizării şi disconfortul termic în unele locuri de muncă automatizată, prin acţiunea lor negativă asupra funcţiilor neuropsihice au o pondere importantă în instalarea oboselii. De asemenea, desfăşurarea muncii în schimburi alternante, trăsătură caracteristică pentru industria automatizată, amplifică dificultăţile de adaptare şi integrare a muncitorilor în acest tip de activitate.

Referatul nostru cuprinde rezultatele investigaţiilor privind oboseala la operatorii din două combinate din ramura chimiei şi petrochimiei. S-a urmărit evidenţierea particularităţilor oboselii în raport cu profesiunea: operator principal şi operator de linie. Diferenţa esenţială între operatorul principal şi cel de linie este dată de nivelul informaţional diferit al activităţii. Operatorul principal are în sarcină supravegherea şi controlul la tablou al instalaţiilor automatizate care implică intervenţii şi luări de decizii pentru reglarea sistemului. Operatorul de linie este un auxiliar al operatorului principal executind comenzile pe care le primeşte de la tablou, munca sa fiind caracterizată prin multe deplasări şi efort fizic la unele manevre.

Investigaţiile privind simptomatologia oboselii efectuate pe un lot de 61 operatori principali şi 55 ope-

Scanned with OKEN Scanner

ratori de linie, pe baza unei fișe chestionar, au evidențiat un procent semnificativ mai mare de acuze psiho-afective și tulburări de somn la operatorii principali (fig. 1). În cadrul simptomatologiei cu mani-

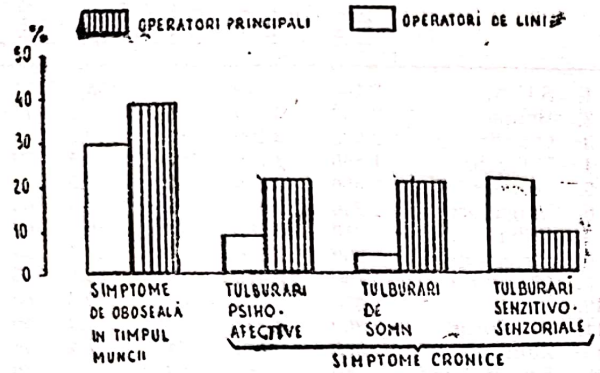


Fig. 1

festare cronică apare o diferență marcată între cele două grupe de operatori pentru anxietate care este acuzată de 60% din operatorii principali și de numai 5% din operatorii de linie ; unele plîngeri apar numai la operatorii principali și anume, reacții depresive (21%), somn superficial (45%), insomnii (15%). Simptomele enumerate pot fi încadrate în sindromul de oboseală nervoasă cu manifestare pregnantă la grupul de operatori principali. În acest sens este de luat în considerare și faptul că din analiza factorilor de solicitare incriminați de către operatori (fig. 2) reiese

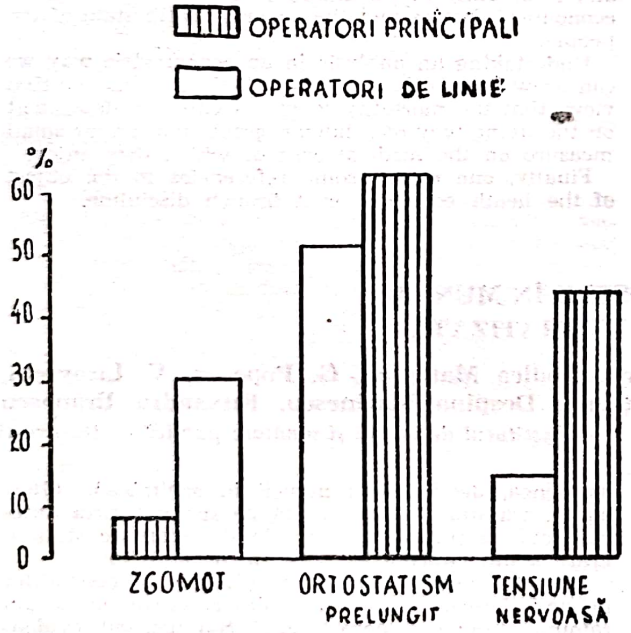


Fig. 2

că încordarea nervoasă în timpul muncii este reclamată de 45% din operatorii principali față de 16% din operatorii de linie. Diferențele în gradul de oboseală între cele două grupe se observă și în modul în care aceasta este trăită ca un sentiment global care apare în timpul muncii, fapt ilustrat în fig. 3, unde se poate constata că oboseala apare ca o senzație globală manifestată zilnic la operatorii principali.

Gradul diferit de oboseală la cele două grupe de operatori a fost obiectivat prin dinamica timpului de reacție și a frecvenței critice de fuziune a imaginilor luminoase. Timpul de reacție audio-motor a prezentat modificări statistic semnificative ($p<0,01$) pe

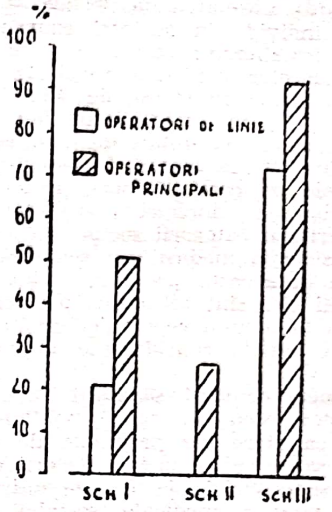


Fig. 3

parcursul muncii numai la operatorii principali (fig. 4). Frecvența critică de fuziune a evidențiat o ten-

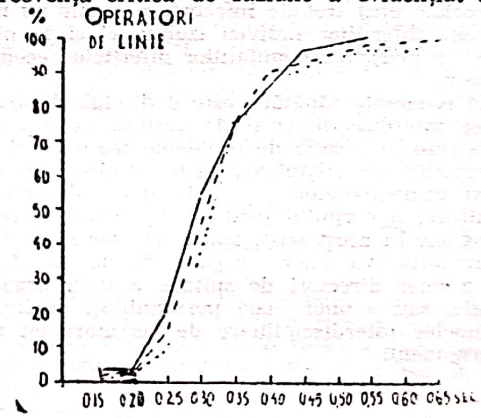


Fig. 4

dință de reducere a valorilor mai accentuată la operatorii principali (fig. 5).

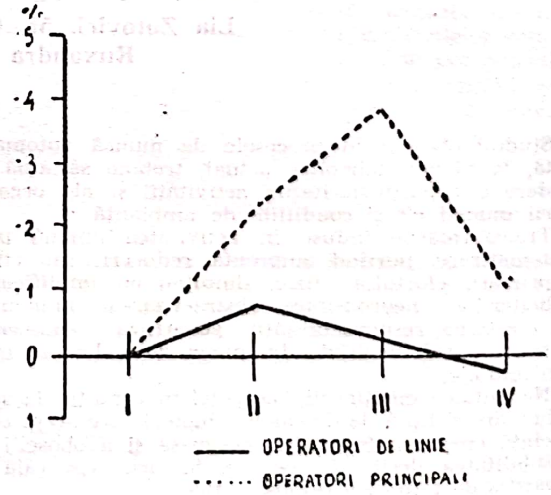


Fig. 5

Alte cercetări efectuate într-o întreprindere chimică automatizată au avut în vedere problema relației dintre expunerea la zgomot și frecvența simptomelor

de oboseală. Investigaţiile au cuprins un lot de 236 muncitori aparţinînd la 3 ateliere (A, B şi C) cu caracteristici diferite din punct de vedere a zgomotului şi anume: zgomotul depăşeşte ca intensitate valorile limită admisibile în atelierele A şi B, frecvenţele mai înalte găsindu-se la atelierul B; în atelierul C valorile nu depăşesc limitele prevăzute de Normele Republicane pentru Protecţia Muncii.

Analiza datelor obţinute (fig. 6) ne permite să observăm o frecvenţă net mai crescută a simptomelor

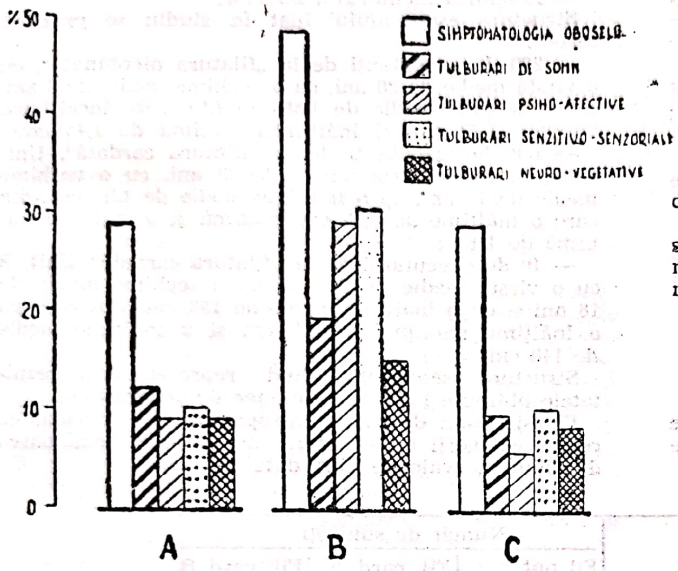


Fig. 6

de oboseală în timpul muncii şi a simptomelor nevrotice la grupul B de operatori expuşi la zgomotul cel mai intens şi frecvenţele cele mai înalte. Se poate sugera că comportamentul de oboseală marcată la grupului B este favorizat de tipul activităţii caracterizat prin supraveghere şi control în condiţii de monotonie şi lipsă de activare motorie, ştiut fiind faptul că activitatea mintală este mai vulnerabilă la zgomot decît activitatea cu componentă motorie mai importantă aşa cum găsim în atelierul A.

Influenţa condiţiilor de microclimat asupra reactivităţii fiziologice a operatorilor a fost cercetată în cadrul studiilor efectuate la termocentrale. Comparativ cu operatorii de la camerele de comandă unde condiţiile de microclimat s-au menţinut în limitele zonei de confort, operatorii din secţiile cazane şi turbine erau expuşi la temperatură ridicată cu variaţii între 27 şi 41 grade Celsius. Gradul de solicitare termică s-a exprimat prin valorile debitului sudoral, în jur de 250—300 ml/oră, şi ale temperaturii cutanate, în jur de 35—36°C.

Analiza dinamicii indicatorilor activităţii nervoase superioare a pus în evidenţă o creştere mai importantă a timpului de reacţie la sfîrşitul zilei de lucru la operatorii de la turbine şi cazane (cu 9—15%) decît la operatorii de la camera de comandă (creşteri de 2—6%). De asemenea valorile timpilor de reacţie au fost semnificativ mai mari ($p < 0{,}01$), la operatorii de la turbine şi cazane (fig. 7). Şi valorile frecvenţei critice de fuziune au fost mai scăzute la operatorii din secţiile calde decît la cei din camera de comandă (fig. 8).

Rezultă deci din aceste date că temperatura ridicată din ambianţa de lucru determină o diminuare a capacităţii de muncă perceptivă şi favorizează dezvoltarea proceselor de dezactivare, fapt care poate avea influenţă asupra stării de vigilenţă în activitatea

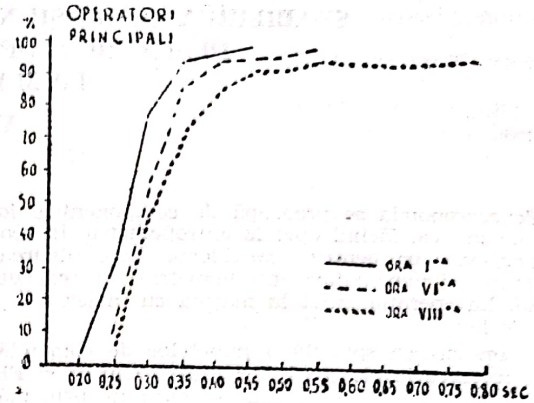
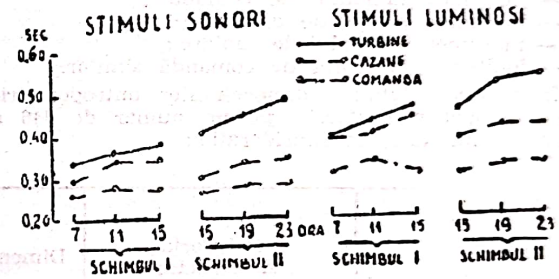


Fig. 7

de supraveghere şi control la tablourile de comandă.

Pe baza rezultatelor obţinute în aceste cercetări s-au stabilit principiile de profilaxie a oboselii în munca din sectoarele automatizate cuprinzînd aspecte referitoare la structura zilei de muncă, în scopul



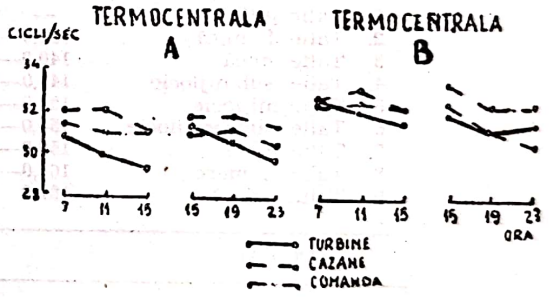


Fig. 8

evitării monotoniei şi a lipsei de descărcare motorie, aspecte privind sistemul de alternare a schimburilor, elemente de normare a ambianţei.

The paper deals with caracteristic features of fatigue investigated in operators monitoring automated industrial processes of chemistry and petrochemistry.

The methods used were: ergonomic analysis of the work; determination of ambiance by measuring physical factors (noise, thermal conditions); investigation of subjective symptoms of fatigue; recordings during the workshift of psychophysiological parameters (reaction time, flicker fusion frequency).

The results revealed a higher degree of neuropsychic fatigue in control-board operators, than in line operators monitoring the outside equipment, the difference being related to the level of informational load of the two groups. Furthermore greater changes of reactivity and manifestations of increased fatigue were found in workers subjected to higher levels of noise or exposed to hot environment.

Scanned with OKEN Scanner

STABILIREA DIMENSIUNILOR ANTROPOMETRICE PENTRU DESERVIREA OPTIMĂ A OPERAȚIEI „FILAT LA MAȘINA CU INELE"

Viorel Paraschiv, Lilica Conache Alexoaie, Cornelia Crețu
— Laboratorul de ergonomie I.I.S. Țesătura — Iași

Topoergonomia se preocupă de componentele locului de muncă, făcînd apel la antropometrie în scopul dimensionărilor pentru aprecierea, determinarea și stabilirea dimensiunilor antropometrice ale executantului. La operația „filat la mașina cu inele" s-a pornit de la :

— amplasarea spațială a punctelor de comandă și intervenție ale mașinilor Platts, Unirea și FBC ;
— dimensiunile antropometrice obținute prin măsurători la un număr de 446 de filatoare ;
— dimensiunile antropometrice clasice stabilite pe forța de muncă din R.S.R., clasificate în noua categorie de statură.

Pentru amplasarea spațială a punctelor de comandă ale mașinii au fost luate în considerație (Fig. nr. 1 și 2—3).

— înălțimea tabloului de comandă ;
— înălțimea poliței de alimentare ;
— înălțimea butonului de cuplare ;
— înălțimea tabloului de comandă similar.

În vederea stabilirii dimensiunilor antropometrice s-au realizat măsurători pe un număr de 446 de filatoare luîndu-se în considerație :

— înălțimea corpului ;
— lungimea membrului superior ;
— lungimea membrului inferior.

Structura eșantionului luat în studiu se prezintă astfel :

— 239 de executanți de la „filatura pieptănată", cu o vîrstă medie de 26 ani, cu o vechime medie de 6 ani, cu o înălțime medie de 1,58 cm (din care încălțimea maximă 1,72 cm, și înălțimea minimă de 1,46 cm) ;
— 158 de executanți de la „filatura cardată", Unitatea A, cu o vîrstă medie de 32 ani, cu o vechime medie de 17 ani, cu o înălțime medie de 1,57 cm (din care o înălțime de 1,69 cm maximă și o înălțime minimă de 1,43) ;
— 49 de executanți de la „filatura cardată" Unit. B cu o vîrstă medie de 38 ani, cu o vechime medie de 18 ani și cu o înălțime medie de 158 cm (din care cu o înălțime maximă de 165 cm și o înălțime medie de 140 cm).

Structura eșantionului fiind reprezentativă, rezultatele obținute pot avea caracter de generalitate.

Folosindu-ne de scara antropometrică Marten, cu cele 9 categorii de structură, am obținut următoarea distribuție : (valorile sînt date în cm).

Nr. crt.	Categoria de structură	Dimensiunile	Număr de subiecți					
			Fil. ppt.		Fil. card. A		Fil. card. B	
			Nr. talie	%	Nr. talie	%	Nr. talie	%
1.	Talie pitică	— 120,9	—	—	—	—	—	—
2.	Talie f. mică	121,0—139,9	—	—	—	—	—	—
3.	Talie mică	140,0—148,9	2	0,8	10	6,4	3	6,1
4.	Talie submijlocie	149,0—152,9	29	12,1	23	14,6	8	16,3
5.	Talie mijlocie	153,0—155,9	42	17,5	26	16,9	4	8,4
6.	Talie supramijlocie	156,0—158,9	54	22,6	32	20,2	9	18,2
7.	Talie mare	159,0—167,9	100	42,0	60	38,0	24	48,9
8.	Talie f. mare	168,0—186,9	12	5	6	3,9	1	2,0
9.	Talie uriașă	187,0 —	—	—	—	—	—	—
	TOTAL		239	100	158	100	49	100

În funcție de punctele de intervenție și structura activității profesionale a executantului (frecvența intervențiilor la punctele de comandă) corelat cu frecvența îndeplinirii, depășirii și neîndeplinirii normelor s-au stabilit următoarele dimensiuni ale înălțimii corpului recomandate pentru meseria de filator la „mașina de filat cu inele" : (fig. nr. 3).

— înălțimea maximă = 180 cm.
— înălțimea medie = 168 cm.
— înălțimea minimă = 156 cm.
— lungimea medie a membrului superior = 69,4 cm.
— lungimea medie a membrului inferior = 77,65 cm.

Pentru situația existentă la Întreprinderea „Țesătura" s-au obținut următoarele situații necorespunzătoare :

— la filatura pieptănată din 239 executanți :
— 170 se încadrează în limitele optime ;
— 69 nu se încadrează în limitele optime ;
— La filatura cardată Unit. A. din 158 de executanți :
— 102 se încadrează în limitele optime ;
— 56 nu se încadrează în limitele optime.
— La filatura cardată Unit. B. din 49 de executanți
— 37 se încadrează în limitele optime ;
— 12 nu se încadrează în limitele optime.

Soluții și propuneri :

1) Specificarea locului de muncă pentru care este angajat fiecare om al muncii în foaia de angajare.

2) Necesitatea introducerii examenului antropometric realizat prin dispensarul întreprinderii, la toate formele de angajare și depistarea cazurilor de neîncadrare pentru această operație între limitele de 156—180 cm.

3) Schimbarea de la un loc de muncă la altul să se realizeze și cu avizul dispensarului ținînd cont de dimensiunile antropometrice optime la fiecare utilaj în funcție de posibilitățile în timp.

4) Redistribuția cazurilor aflate sub limită.

Scanned with OKEN Scanner

5) Considerarea dimensiunilor antropometrice drept criterii obligatorii în selecţia, orientarea şi reorientarea profesională.

Prin respectarea criteriului dimensiunilor antropometrice se va realiza :

— micşorarea bilanţului consumului energetic al executantului încărcat prin mişcări suplimentare ;
— posibilitatea de a se realiza concret regulile economiei de mişcări ;
— reducerea de timpi suplimentari pentru efectuarea unor mişcări necorespunzătoare ;
— mărirea duratei de funcţionare a maşinii ;
— micşorarea cazurilor de neîndeplinire a normei ;
— micşorarea morbidităţii.

ASPECTE ALE ADAPTĂRII ORGANISMULUI LA SOLICITĂRILE PROFESIONALE ÎNTR-O UZINĂ METALURGICĂ

Mocanu D,, Mihăilă D., Ana Zlăvog, Victoria Răileanu, Lucreţia Nestor, Alexandrescu C.

Institutul de Igienă şi Sănătate Publică — Iaşi

Dezvoltarea industriei în ţara noastră a creat necesitatea abordării studiului privind adaptarea organismului uman la factorii noi de solicitare impuşi de tehnica modernă şi automatizare în industria metalurgică.

Cercetarea s-a efectuat pe un lot de 45 operatori cu vîrsta medie de 32,6 ani şi vechime profesională de 5,3 ani, selecţionat la cele două linii de zincare a unei uzine metalurgice, unde datorită specificului muncii există un cumul de factori stressanţi la baia de zincare, disconfort termic, zgomot, ortostatism, CO, ZnO. În scopul de a diminua efectul acestor factori, munca la baia de zincare se face prin rotaţie la două ore în cadrul echipei. Munca se desfăşoară în trei ture, cu rotaţie săptămînală.

S-au urmărit reacţiile organismului la intrarea şi ieşirea din tură şi în timpul muncii, în dinamică săptămînală, în cele trei ture, timp de 3 săptămîni.

Rezultate şi discuţii

Consumul energetic de repaus a fost mai crescut la sfîrşitul programului faţă de valorile iniţiale (valori medii de 1,76—2,24 Kcal./.min). În mod similar a fost mai crescut consumul de O_2 şi debitul respirator. Totuşi, aceste valori rămîn influenţate de ritmul biologic circadian aşa cum rezultă din datele urmărite în trei ture, în intervalul de 3 săptămîni, ceea ce demonstrează reversibilitatea fenomenelor de oboseală diurnă.

Reacţiile cardiovasculare (frecvenţa cardiacă şi tensiunea arterială) urmărite în clino şi ortostatism la intrarea şi ieşirea din tură arată în generală o bună reactivitate. S-a semnalat trecerea într-o categorie inferioară de reactivitate a unui număr redus de muncitori la sfîrşitul programului.

Examenul EKG nu a evidenţiat modificări, morfologia traseului fiind normală, fără variaţii importante în diferite perioade ale zilei.

Indicatorii biochimici confirmă existenţa factorilor stressanţi, care, dacă nu influenţează prea mult metabolismul energetic, acţionează în schimb asupra unor mecanisme neuro-endocrine pe axul cortico-hipofizo-suprarenalian. Este cunoscută creşterea activităţii glandelor corticosuprarenale sub influenţa unor factori nespecifici ca stress-ul termic (în special atunci cînd posibilităţile de compensare a mecanismelor de termoreglare încep să fie depăşite), stress-ul sonor intens sau stress-ul emoţional etc.

Într-adevăr, concentraţiile de AVM urinar, ca principal metabolit al catecholaminelor, sînt mai crescute după 4 ore de activitate, precum şi la sfîrşitul turei. Aceste variaţii, deşi moderate apar mai accentuate în tura de dimineaţă. Creşterea lentă dar progresivă din tura de noapte a concentraţiilor de AVM pare să exprime mai fidel solicitarea în condiţiile unui ritm constant de activitate.

Concentraţiile de catecholamine (adrenalină, noradrenalină) au fost mai crescute în tura de noapte.

Concentraţiile de 17-cetosteroizi în urină variază strict în limitele valorilor normale, o creştere a acestora nefiind citată în literatură decît în cazul eforturilor fizice intense. În schimb creatinina apare ceva mai crescută în tura de noapte.

Aprecierea stării de oboseală ca fenomen global, rezultat al influenţei factorilor multipli de solicitare, s-a efectuat şi prin testare psihologică,

Din fişa chestionar a rezultat următoarele :

— apariţia simptomelor subiective de oboseală este mai precoce şi se manifestă la un procent mai mare de muncitori în tura de noapte pentru toate schimburile.

Anliza cauzelor oboselii permite o erarhizare a acestora, după procentul de muncitori care le incriminează, pe primele locuri fiind temperatura crescută, zgomotul intens, lipsa de deplasare de la locul de muncă şi monotonia mişcărilor.

Rezultatele aplicării testelor de atenţie, memorie, rapiditate şi dexteritate manuală, confirmă datele obţinute din fişa chestionar.

Rezultatele examinărilor audiometrice privind pierderile temporare ale pragului auditiv, au arătat diferenţe între acuitatea la sfîrşitul programului, a căror amplitudine este proporţională cu vechimea în muncă care generează instalarea pierderilor permanete de diferite grade la un număr crescut de muncitori.

Folosirea criteriilor de apreciere a gravităţii hipoacuziilor prin aplicarea gradaţiei SAL (propusă de National Council Commite on Hearing, Bioacoustic and Biomechanism) pentru aprecierea capacităţi de a percepe vocea, prin calcularea mediei aritmetice a pragului auditiv la tonuri pure pentru frecvenţele de 500, 1 000 şi 2 000 Hz, a scos în evidenţă un procent de 10% din lotul de hipoacuzici care după gradaţia SAL prezintă scăderi moderate (pînă la 45 dB) şi serioase (pînă la 50 dB) în zona conversaţională.

Concluzii

Muncitorii examinaţi sînt expuşi unor solicitări profesionale complexe : stress termic moderat, zgomot industrial intens, efort fizic mediu şi gaze toxice, care depăşesc normele admise.

În general, pe baza indicatorilor fiziologici şi biochimici cercetaţi, a rezultat că muncitorii sînt adaptaţi la ambianţa de muncă din uzina metalurgică în condiţiile expunerii periodice şi limitate la 2 ore alternativ, la baia de zincare, baia de răcire şi cabina de comandă.

Apariţia oboselii în cursul zilei de muncă este un fenomen fiziologic, aspectele de cumulare a oboselii în dinamica diurnă şi săptămînală fiind discrete şi reversibile prin odihnă şi somn.

Scanned with OKEN Scanner

Din studiul oboselii pe baza indicatorilor psihofiizologici, a rezultat că tura de noapte este semnificativ mai obositoare decît tura de după-amiază și de dimineață, între care nu există diferențe semnificative.

In a lot of 45 operators with an average age of 32,6 years and a work stage of 5,3 years, the reactions of the organism (cardiac frequency, blood pressure, ECG, O_2 consumption, body temperature, psychological and biochemical tests) were investigated.
These operators worked alternatively two hours daily in noxious conditions (high temperature, zinc steam, physical effort, noise) and the other hours in less noxious conditions.
These operators were investigated during the workday in three shifts for a period of three weeks.
The results showed that the operators adapted to the above mentioned solicitation conditions.
The daily fatigue was reversible and considered as a physiological phenomenon, maintaining the circadian rhythm of the principal indicators unmodified.
However, the fatigue symptomatology was more evident during the night shift than in the other shifts.

COMENTARIU ASUPRA NECESITĂȚII COMBATERII ȘI DEPĂȘIRII HOSPITALISMULUI DE PE POZIȚIA CONCEPTULUI BIO—PSIHO—SOCIAL ÎN PSIHIATRIA CONTEMPORANĂ

M. Baltaru, Gr. Balanovschi, Sofia Dudeanu, Maria Cuțu
— *Spitalul clinic de psihiatrie „Socola" — Iași*

Studiul reacțiilor psihopatologice generate sau întreținute în condițiile spitalizărilor prelungite în spitalele psihiatrice reprezintă de fapt una dintre preocupările dominante ale psihiatrilor încă de la începutul sec. al XIX-lea. Astfel de exemplu în 1856, Konoly evidențiа „dependența tulburărilor psihice de condițiile de spitalizare în care se află bolnavii", iar Korsacov, pledînd în favoarea sistemului său de nonconstrîngere a bolnavului în cursul existenței în ospicii scria că „însăși imobilizarea bolnavilor contribuie la agitația lor".

Evaluarea rezultatelor cercetării medicale consacrate hospitalismului psihiatric evidențiază în principal numeroase condiții obiective sau specifice dintre care unele persistă sau încă mai persistă în spitalele de psihiatrie și care în ansamblu ar putea fi sistematizate de ex. astfel :

— Condiții ce se referă în primul rînd la însăși construcția spitalelor de psihiatrie care adesea sînt extrem de vechi cu un stil arhitectonic sumbru, amplasate în mod izolat astfel încît ele reprezintă uneori o „lume închisă" și chiar o lume „geografic" izolată de restul populației. Rolul de supraveghere și mai ales de izolare a bolnavilor în astfel de instituții, de obicei supraaglomerate, conduce pe de o parte la dificultatea sau chiar imposibilitatea aplicării unei terapeutici corespunzătoare individualizate iar pe de altă parte la izolarea bolnavilor față de restul lumii și anturajul lor obișnuit, fapt ce poate favoriza sau chiar accentua „depersonalizarea" lor atît prin insuficiența stimulativă a comunicațiilor extraspitalicești cît și prin lipsa impresiilor și a influențelor pozitive din afară.

— Condiții ce decurg din pozițiile conceptuale ale unora din psihiatri, care subliniind în mod excesiv aspectele pur biologice ale psihozelor distrag în același timp atenția de ex. de la organizarea corespunzătoare a mediului spitalicesc sau subestimează utilitatea și eficiența metodelor psiho- și socio-terapeutice specifice psihiatriei.

— Condiții care se referă la pregătirea personalului medical al psihiatriei care poate fi insuficientă sau chiar necorespunzătoare și care pe de o parte adesea printr-o „atitudine dură" poate traumatiza și mai mult personalitatea bolnavului în ansamblul componentelor sale de integrare, iar pe de altă parte uneori prin atitudine de tutelaj excesiv poate favoriza chiar pierderea deprinderilor cotidiene de autoservire și de inițiativă.

— Condiții ce se referă la timpul de spitalizare evidențiindu-se de ex., printre altele, că o spitalizare prelungită prin ea însăși poate determina în mod treptat ștergerea dorinței bolnavului de externare favorizînd astfel „dorința de spitalizare" prin dezvoltarea unui „model patologic" al interrelațiilor bolnav—lumea înconjurătoare ce se caracterizează de regulă printr-o scădere a afectivității, prin sentimente de înstrăinare, incapacitate de autoexprimare și nivelarea particularităților individuale. Numeroși autori printre care evidențiem : Hansel, Benson, Walson ș.a., ajung la concluzia că șansele pentru externare scad cu atît mai „dramatic" cu cît timpul de spitalizare este mai prelungit. Cercetări experimentale clinico-psihologice efectuate recent printre altele de ex. la Institutul Behterev evidențiază tulburări ale sferei afective, volitionale și emoționale la bolnavii spitalizați cu repercusiuni asupra personalității de ansamblu și care sînt cu atît mai exprimate cu cît timpul de internare în spitalul de psihiatrie este mai îndelungat.

— Problema combaterii și depășirii fenomenelor imputabile „hospitalismului", a „instituționalismului" ce se descriu sub forma „sindroamelor instituționale" capătă în ultimul timp o importanță deosebit de actuală atît ca etapă primă a unei terapii psihiatrice eficiente cît și pe planul eforturilor vizînd reabilitarea, resocializarea și recuperarea bolnavilor mintali. Astfel se și explică preocuparea deosebit de dominantă în literatură psihiatrică actuală privind problema deosebit de dificilă a delimitării și a identificării simptomelor ce pot fi determinate de condițiile de spitalizare, de simptomele fundamentale ale unor îmbolnăviri psihice printre care de ex. schizofrenia. Din acest punct de vedere criteriile propuse de diverși autori și care se referă în principal fie la considerarea diminuării capacității de integrare socio-familială sau profesională fie la considerarea acelor simptome ce se coroborează semnificativ cu condițiile mediului spitalicesc nu apar convingătoare, însă pe de altă parte apar deosebit de semnificative concluziile acelor psihiatri care relevă că numeroase simptome psihiatrice majore ca de ex. catatonia stuporoasă, sau manierismele bizare pot să se amelioreze sau chiar să dispară complet în condițiile unei asistențe psihiatrice moderne în care se utilizează pe larg metodele de psiho-ergo și socio-terapie activă.

În acest context se înscrie în principal experiența spitalului Clinic de Psihiatrie „Socola" Iași și care se întemeiază pe principiile conceptului bio-psiho-social ce abordează totalitatea aspectelor fundamentale ale personalității umane în dinamica și unitatea dezvoltării și manifestării sale normale sau patologice. Astfel de ex. prin punerea în aplicare a principiului „ușilor deschise" în asistența bolnavului mintal ce se

Scanned with OKEN Scanner

practică de aproape 15 ani, prin schimbarea sau reorganizarea treptată şi completă a terapiei biologice, psihologice şi ocupaţionale pe servicii şi în fiecare salon, prin organizarea socioterapiei integratoare de grup atît pe diverse nivele cît şi pe ansamblul spitalului, prin favorizarea largă a contactului nemijlocit a bolnavilor atît în privinţa relaţiilor interpersonale cît şi cu lumea din afară, s-au obţinut rezultate spectaculare şi care au contribuit la dinamizarea şi chiar modificarea structurii nozologice a morbidităţii psihiatrice intraspitaliceşti. Din acest punct de vedere apare deosebit de impresionat este printre altele de ex. cazul pacientului V.N. spitalizat de circa 15 ani, care păstra un mutism catatonic complet şi care a surprins întregul personal medical şi auxiliar de îngrijire atunci cînd într-o şedinţă de socio-terapie integratoare a luat cuvîntul exteriorizîndu-şi o parte din retrăirile sale patologice şi necunoscute pînă atunci sau cazul pacientului S. G. suferind de schizofrenie paranoidă cu agresivităţi impulsive dar care de cîţiva ani nu numai că nu-şi mai manifestă agresivitatea sa ci chiar poate locui în oraş în mediul familial revenind din proprie iniţiativă în zilele de vineri pentru a participa la programele terapeutice din cadrul socio-terapiei instituţionalizate în spitalul nostru ca metodă activă de tratament psihiatric. Astfel combaterea şi depăşirea „hospitalismului" psihiatric se corelează în mod util atît cu practica spitalizărilor bolnavilor din mun. Iaşi în serv. sau în regim de zi cît şi cu ansamblul măsurilor psiho-profilactice de dispersarizare şi reabilitare a bolnavilor mintali întreprinse la nivelul Laboratorului de Sănătate Mintală. De aceea amplificarea şi diversificarea metodelor de combatere a simptomelor ce ar putea fi determinate de condiţiile de spitalizare poate constitui unul dintre reperele importante în ansamblul măsurilor ce preconizează atît psiho-profilaxia morbidităţii psihiatrice cît şi programele interdisciplinare privind apărarea şi promovarea sănătăţii mintale a populaţiei în lumea contemporană.

OPTIMIZAREA SISTEMULUI OM—MAŞINĂ PRIN FACILITAREA MUNCII EXECUTANTULUI LA OPERAŢIA DE PREGĂTIRE A PARTIZILOR LA RAMPELE DE CONTROL ŢESĂTURI CRUDE

Cornelia Creţu, Laura Hamciuc, Veronica Bulai, V. Paraschiv, V. Vasiliu
— *Iaşi*

1. Locul de muncă studiat, prezintă un randament scăzut, precum şi o fluctuaţie mare a personalului, datorate fiind metodei de muncă existente, care solicită eforturi mari executanţilor transportori.

Prin cunoaşterea factorilor umani de care depinde productivitatea muncii, a parametrilor optimi ce conduc la conservarea capacităţii de muncă a omului, s-au propus metode de optimizare a muncii executanţilor la operaţia de pregătit partizi.

2. Obiectul studiului constă în repartizarea ţesăturilor crude (tunse, controlate pe rampe şi metrate) pe articole, lăţimi şi desene precum şi predarea partizilor formate la finisajul de ţesături.

Descrierea situaţiei existente

Întreaga activitate este executată în 2 ture de către 2 transportori (muncitori calificaţi) şi un primitor—distribuitor pe fiecare schimb. Greutatea unei bucăţi cu marfă este între 20—80 kg, cu 150—270 m, în funcţie de fineţea articolului.

Un transportor preia de la metrat paleta încărcată cu 12—14 bucăţi de ţesături crudă cu articole diferite şi o transportă pînă la geamul magaziei de pregătit partizi. Acolo caută capetele, desface eticheta, ştanţează capetele, apoi pliază ţesătura şi o depune cu braţele pe masa de la geam.

Etichetele sînt luate şi înregistrate de către primitorul distribuitor iar bucata de ţesătură este preluată cu braţele de pe geam de un alt transportor şi depusă în funcţie de articol pe bancă formînd partizile (despliază bucata, aşează capetele). Cei 2 transportori, în jurul orei 12, duc băncile cu partizile formate la magazia finisajului de ţesături. În urma analizei structurii activităţii profesionale a executantului, repartizării sarcinilor, pe bază de fotocronometrări şi observări instantanee, s-a stabilit consumul energiei pentru cele 8 ore de lucru, luînd ca bază 2 factori principali :

1. efortul fizic prin transport manual şi împins.
2. deplasări ale executantului.
— pentru activitatea de primitor-distribuitor 1 200 Kcal/8 ore.
— pentru activitatea de transportor 2 700 Kcal/8 ore.

T.O.N.-eul este foarte variabil ca mărime de timp şi distribuit la întîmplare în funcţie de gradul de solicitare de la metrat şi finisaj.

Analiza critică a situaţiei existente scoate în evidenţă o serie de aspecte negative :

— Spaţiul destinat magaziei este foarte mic şi nu permite depozitarea integrală a ţesăturilor (ţesăturile carou se depozitează lîngă lift).

— Efortul fizic mărit determină gradul de oboseală şi implicit scăderea randamentului în muncă.

— Se observă două tipuri de deplasări în funcţie de culoarea produsului şi locul de depozitare ;

a) pentru produsele albe, transportul se execută de la metrat la geamul de predare-primire.

b) pentru produsele colorate sînt două tipuri de deplasări :

— prima deplasare de la metrat, la geamul de predare-primire (operaţia de ştanţare).

— a doua deplasare, de la locul de ştanţare la locul de depozitare pe culoar lîngă lift.

Analizînd aceste transporturi se constată următoarele :

— încărcarea exagerată a consumului energetic prin transport manual.

— folosirea neraţională a regulilor economiei de mişcări.

— nefolosirea totală a transportului pe bază de împins.

— folosirea rudimentară a metodei de „cărat" în diferite poziţii (cărat pe umeri, sub braţ, în faţă sau combinat).

Din analiza frecvenţei medii a acestor operaţii s-a constatat că zilnic se transportă manual 30—40 bucăţi de pînză de cca. 40—50 kg pe distanţa de 10 m, bilanţul energetic încărcîndu-se cu 1 000 Kcal, pierzîndu-se 30—40 minute prin deplasări.

Metoda proiectată ţine seama de aspectele neergonomice existente şi aduce argumente pentru eliminarea lor, în funcţie de spaţiul existent şi posibilităţile întreprinderii „Ţesătura" Iaşi.

În acest sens s-au propus două variante :

Varianta I menţine în principiu aceeaşi metodă de lucru. Pentru micşorarea efortului depus de transportor se introduce un „dispozitiv platformă" care să ridice banca cu pînză metrată în faţa geamului magaziei, permiţînd ştanţarea la nivelul geamului, fără manipulări suplimentare (prototipul există în întreprindere la ajustaj).

Scanned with OKEN Scanner

Varianta II schimbă complet metoda de lucru, transformînd circuitul strangulat, deschis, într-un circuit închis.

Ștanțarea bucăților de țesătură (indiferent de culoare) se efectuează după operația de metrat de către transportor. Marfa metrată se va depune de către muncitoarele de la metrat astfel încît fiecare capăt de început și sfîrșit să fie vizibil, și într-o singură parte. Transportorul stă pe un scaun în fața băncii cu marfă, avînd în partea dreaptă o măsuță pe care se află ștampilele pentru ștanțat, un dosar pe care va pune foile de însoțire a fiecărei bucăți (în ordine) și o mănușă specială (cu palma plată și fără degete). După terminarea operației de ștanțare, transportorul va pune dosarul pe ultima bucată de deasupra și se va deplasa în fața căruciorului.

În funcție de sortimentele de pe bancă, se vor realiza următoarele faze de lucru:

a) *Pentru țesături colorate*, transportorul se va opri în fața magaziei de predare—primire, va înainta dosarul cu fișele de însoțire și se va deplasa la locul de depozitare de pe culoarul de lîngă lift, scoate transpaleta și descarcă banca adusă pe sortimente, la locul de depozitare. Prin aceasta se elimină:

— staționarea pentru ștanțare în poziție statică la geamul magaziei;

— deplasarea cu greutate în brațe, inclusiv consumul energetic;

— timpul de deplasare pentru fiecare bucată în parte.

b) *Pentru țesături albe*, operația de ștanțare se va face ca la țesăturile colorate, folosindu-se de același procedeu. Transportorul se va deplasa de pe scaun, în fața căruciorului, pe care îl va transporta direct în magazia de pregătit partizi; predă dosarul cu fișele de însoțire ale bucăților, primitor-distribuitorului și apoi face operația de pregătit partizi direct în magzie. Pentru aceasta va dispare geamul de primire predare, care va fi transformat în ușă.

Prin această metodă se elimină:

— transportul peste geam, realizat, de doi transportori;

— staționarea pentru ștanțare în poziție statică la geam;

— activitatea de transport a celui de al doilea transportor.

c) *Activitatea de format partizi*, se va efectua direct în magazie, de pe banca plină, executanții fiind folosiți după solicitările de la mașina de metrat și de la finisaj.

— pregătitorul de partizi (cînd solicitările sînt interne).

— transportorul și formatorul de partizi, cînd aceste solicitări nu sînt impuse.

d) *Activitatea de predare* spre magazia de finisaj se va realiza după metoda existentă.

e) *Operația de ștanțare propusă.*

Transportorul ștanțator, va efectua operația de ștanțare folosind în mîna stîngă mănușa specială. Așezîndu-se pe scaun va trage cu mîna capătul bucății de început, va desface nodul în care se află foaia de însoțire, o va citi, va introduce mîna stîngă cu mănușa specială sub capătul bucății de țesătură, iar cu mîna dreaptă va lua ștampilele și va efectua operația de ștanțare.

După fiecare bucată de țesătură va pune foaia de însoțire într-un dosar ce se află pe măsuța din dreapta. La fel se procedează pînă la terminarea băncii.

Prin introducerea uneia din metodele de muncă propuse se reduce efortul fizic la cei doi transportori cu peste 1 000 Kcal/8 ore, prin eliminarea unor faze de transport manual, de 300 Kcal/8 ore prin eliminarea poziției statice la ștanțat și 300 Kcal/8 ore prin eliminarea geamului de la magazia de predare—primire și înlocuirea cu o ușă.

Aplicînd una din soluțiile propuse se preconizează reducerea consumului energetic de la 2 700—2 900 Kcal/8 ore la 1 600—1 700 Kcal/8 ore, încadrînd activitatea de transportor în categoria de muncă normal—medie.

UTILIZAREA E.E.G. ÎN PROCESUL DE SELECȚIONARE PENTRU UNELE PROFESIUNI ÎN INDUSTRIE

C. Chelemen, C. Postelnicu
— Spitalul clinic de psihiatrie „Socola" — Iași

Orientarea profesională a căpătat în societatea modernă dimensiuni fără precedent în istoria omenirii, antrenînd în prima linie a activităților de acest gen pedagogi, psihologi, psihosociologi, medici etc. Deși în literatura de specialitate se face o diferențiere tranșantă între orientarea profesională și selecția profesională, în activitatea practică adeseori se ajunge ca orientarea și selecția să nu fie decît fațetele aceluiași proces social pentru o cît mai eficientă folosire a potențialului de forță de muncă al societății la un anumit nivel de dezvoltare a acesteia. Elementele de decizie privind aspectele de strategie și tactică a orientării profesionale nu intră de regulă în sfera preocupărilor curente ale medicinei, ci a altor discipline (politologia, sociologia, psihosociologia, psihologia muncii, planificarea economiei, ergonomia etc.). De cele mai multe ori medicii sînt confruntați cu nivelul de „front", cu execuția unor operațiuni de selectare pentru profile de activități profesionale față de care alți factori au dat indicații orientative sau chiar au emis decizii dictate de existența anumitor realități socio-profesionale, de imperative economice de moment sau de perspectivă imediată. De cele mai multe ori medicul, indiferent de specialitatea sa sau nivelul la care este angrenat în problemele de orientare—selecție profesională, este obligat să răspundă prin da sau nu la fiecare individ supus vizitei medicale de angajare. În principiu angajările în cîmpul muncii în țara noastră se efectuează atît după norme generale, ca spre exemplu cele prevăzute de Ordinul nr. 190/1975 al Ministerului Sănătății privind controlul medical de angajare și controlul periodic al angajaților, cît și după norme departamentale în raport de profilul diferitelor activități (spre exemplu Instrucțiunile privind examinarea medicală și psihologică a personalului din funcțiile legate de siguranța circulației feroviare, de siguranța circulației rutiere și de siguranța navigației, aprobat prin Ordinul nr. 77/193 al Ministerului Transportului și Telecomunicațiilor). O bună parte din examenul medical în vederea selecționării îl reprezintă transsecțiunea longitudinală a personalității solicitantului sub toate aspectele sale biologice, psihice și sociale. La aceasta se asociază examenul clinic al stării prezente și după caz examene de laborator, din care uneori poate face parte și E.E.G. (electroencefalograma).

Avînd în vedere considerentele expuse mai sus, rezultă că electroencefalograma este numai o componentă, pe departe nu dintre cele mai importante, ale ansamblului de procedee și tehnici medicale necesare procesului de selecție profesională. În opiniile

Scanned with OKEN Scanner

curente, cît şi în cercurile de profesionişti prea puţin confruntaţi cu realităţile medicinei clinice contemporane există tendinţa de a supraestima şi fetişiza examenele de laborator în dauna examenului clinic, de a evita o atitudine angajantă de acceptiune sau nonacceptiune a unei anumite situaţii medicale în spatele „acoperirii" unor examene de specialitate, posibil cît mai puţin intrate în uzul practicii cotidiene. La o asemenea atitudine îşi dau concursul diverşi factori legaţi de faptul că nici doctrinar şi nici la nivel oficial examenul electroencefalografic nu a primit o validare privind aportul său în procesul de selecţie profesională. În manualele de electroencefalografie problema utilizării E.E.G. în procesul de selecţie profesională este tratată sporadic şi de o factură foarte generală (vid. 1, 2, 4, 6), iar cercetările ştiinţifice în acest domeniu nu au depăşit etapa factologică. Adeseori se pot face confuzii sau chiar identificări eronate privind valoarea E.E.G. din selecţia profesională în comparaţie cu cea din expertiza capacităţii de muncă. Deşi adeseori expertiza capacităţii de muncă are implicaţii directe cu selecţia profesională, în activitatea curentă cele două activităţi trebuie diferenţiate şi tratate distinct, mai ales în ceea ce priveşte folosirea electroencefalogramei.

Observaţiile şi studiile clinice indică că E.E.G. ca examen de rutină are numeroase servituţi, chiar şi în domenii clinice în care în mod curent i se recunoaşte un mare aport în elucidarea diagnosticului. În literatura de specialitate se recunoaşte spre exemplu că la bolnavii de epilepsie E.E.G. se prezintă ca fiind normală în 2—20% din cazuri. Pe 28 026 bolnavi cu epilepsie GIBBS şi LENNOX (1943) au găsit în 13% din cazuri trasee normale. ECHLIN (1944) în cazul E.E.G. standard, fără folosirea hiperpneei şi fotostimulării, a găsit în epilepsie în 20% din cazuri E.E.G. ca fiind de aspect normal. La 600 bolnavi de epilepsie KOROVIN (1973) a găsit E.E.G. cu aspect normal la aproximativ 30% din bolnavi. Acest autor subliniază faptul că E.E.G. a apărut ca fiind patologică abia la 23% dintre bolnavii cu accese rare (1—3 accese pe an) şi ca fiind normală la 76% dintre bolnavii cu accese nocturne.

Datele prezentate mai sus ne obligă la a avea o optică extrem de critică asupra folosirii examenului E.E.G. în activităţi de masă şi de rutină legate de procesul de selecţie profesională. După experienţa noastră E.E.G. ar trebui efectuată ca examen obligator de rutină în cadrul procesului de selectare profesională, numai la anumite categorii de activităţi care prin specificul lor obligă pe examinator la eliminarea oricărei suspiciuni de suferinţă bioelectrică. În opinia noastră examene E.E.G. obligatorii ar trebui efectuate în cadrul selecţionărilor pentru următoarele tipuri de activitate :

— lucrări din serviciile de informaţie ale statului ;
— diplomaţi de profesiune, ca şi persoane care lucrează temporar în diplomaţie ;
— persoanele care lucrează în sectoare care implică mari secrete de partid, de stat şi militare ;
— piloţii de pe aeronavele de orice fel ;
— personalul cu misiuni de luptă şi comandă de pe submarine ;
— personalul navigant cu funcţii de conducere şi comandă de pe navele maritime sau fluviale ;
— scafandrii ;
— muncitorii la mari adîncimi în chesoane ;
— anumite categorii din personalul aflat în nomenclatorul siguranţei circulaţiei feroviare (mecanici de locomotivă, impiegaţi de mişcare).

Dincolo de acest nomenclator de profesiuni extinderea obligativităţi examenului E.E.G. ca examen de rutină în selecţia profesională ni se pare ca fiind lipsită de realism organizatoric şi economic. Este cunoscut din practica curentă clinică că pentru necesităţi de ordin administrativ şi eventual legal sau medico-legal, examenul E.E.G. standard trebuie efectuat exclusiv prin înregistrări grafice. În practica explorărilor E.E.G. nu s-a încetăţenit o metodă similară cu electrocardiosocopia, procedeu care ar fi mai ieftin în situaţii de selecţii în masă. Nu trebuie minimalizat de asemenea faptul că este indicat ca examenele E.E.G. să fie efectuate la 10—15 minute după punerea electrozilor, ceea ce reduce şi mai mult posibilitatea folosirii pe scară largă a examinării.

Toţi aceşti factori, la care se asociază considerente de ordin economic, legate de costul ridicat al examenului, indică că E.E.G. ca metodă de rutină în selecţia profesională întîmpină mari dificultăţi legate de factori extra medicali greu de învins în condiţiile actuale ale societăţii.

Pe de altă parte nu trebuie minimalizat nici faptul că în examinările E.E.G. de rutină este foarte dificil să se aplice metodele curente de activare, procedee eficiente de a creşte fiabilitatea examenului E.E.G. tocmai în cazurile limită.

În examenele de rutină pentru selecţia profesională E.E.G. este de regulă un examen unic. Rareori în atari situaţii E.E.G. poate deveni un examen în dinamică, un examen repetat, mult mai în măsură să evidenţieze tulburări bioelectrice cu semnificaţie nosografică şi implicaţii socio-profesionale. În cazul în care E.E.G. se efectuează ca un examen de rutină fără luarea în seamă a datelor clinice, îndeosebi anamnestice, aportul său în selecţia profesională scade simţitor, deoarece devine un examen de eliminare a indivizilor cu anomalii bioelectrice şi nu a indivizilor cu entităţi clinice constituite.

După datele experienţei şi observaţiilor noastre trebuie să se facă o diferenţiere netă din punct de vedere socio-profesional între persoanele la care se găsesc anomalii bioelectrice fără un corespondent clinic nosografic şi persoanele la care se constată afecţiuni clinice constituite, asociate sau nu cu modificări bioelectrice. În practică această situaţie se întîlneşte cel mai frecvent la persoane care prezintă aspecte bioelectrice tipice de comiţialitate şi la care cele mai amănunţite examene clinice şi anamnestice nu evidenţiază date de tipul suferinţei clinice epileptice. În asemenea cazuri noi opinăm să nu se folosească termenul epilepsie sau comiţialitate bioelectrică, ci o etichetă sindromologică pentru suferinţa bioelectrică în cauză. Personal preferăm formulele folosite la Clinica de psihiatrie de la Socola de „demodulare bioelectrică de tip comiţial fără corespondent clinic". Asemenea persoane cu anomalii bioelectrice ridică din punct de vedere doctrinar, cît şi al atitudinii practice, dificile şi adeseori irezolvabile probleme de atitudine socio-profesională. În observaţia noastră se află persoane cu anomalii bioelectrice tipice pentru comiţialitate, care au îndeplinit perioade de timp de lungă durată obligaţiuni socio-profesionale de mare responsabilitate, ca spre exemplu cadre militare active în forţele armate şi la care aspectul bioelectric de aspect patologic a fost surprins cu totul întîmplător, în afara oricăror acuze de comiţialitate.

Dat fiind presiunea socială din partea pacienţilor în utilizarea diverselor elemente obiectivate E.E.G. cu caracter constant, dar fără corespondent clinic declarat de suferinţă manifestă, în sensul obţinerii de aspecte benefice, uneori cu caracter ilicit, opinăm ca în majoritatea imensă a situaţiilor de selecţie profesională asemenea persoane să fie socotite ca avînd corespondentul clinic al afecţiunii. Pentru persoanele cu aspecte bioelectrice de comiţialitate fără indicaţii de corespondenţă de suferinţă clinică epileptică considerăm totalmente contraindicate profilurile profesionale deja amintite anterior, la care am indicat că se impune în mod obligator examenul E.E.G. la operaţiunile de selecţie profesională, cît şi acele domenii de activitate în care se recunosc în mod formal şi şi explicit contraindicaţii pentru prezenţa epilepsiei (conducători auto profesionişti, munci la înălţime,

Scanned with OKEN Scanner

munci în locuri periculoase, munci cu responsabilități vitale pentru alți indivizi, profesiuni pentru care se impun exigențe deosebite ca spre exemplu cele legate de serviciul în forțele armate etc.).

În ceea ce ne privește opinăm ca persoanele cu anomalii bioelectrice să fie eliminate din competiție la selecția pentru profesiuni cu caracter elitist (în sensul sociologic al noțiunii !) ca de exemplu : cadre militare active, judecători, procurori, activiști cu funcții de mare răspundere etc.

În sectorul industrial apreciem că persoanele care lucrează în subteran, cu explozivi sau în munci cu o toxicitate deosebită nu trebuie să prezinte modificări ale activității bioelectrice cerebrale care să sugereze comițialitatea.

În prezent mulți medici sînt confruntați cu situații de comemorative certe de comițialitate atît electroencefalografice, cît și clinice, fără manifestări bioelectrice de suferință cerebrală la data examenului de selecționare. Se poate vorbi în asemenea cazuri de epilepsii vindecate clinic și bioelectric, de epilepsii în remisiune ? După părerea noastră în atari situații trebuie să se manifeste o prudență deosebită în operațiunile de selecționare pentru diverse profesiuni care impun mai mult sau mai puțin explicit contraindicații pentru comițialitate considerîndu-se persoanele respective ca potențial epileptice și luîndu-se măsurile medico-administrative în consecință.

În observațiile noastre probleme deoesbit de dificile au ridicat persoanele obligate prin natura profesiunii sau ocupației a purta arme, cît și tinerii supuși obligațiunilor serviciului militar în termen, la care în mod fortuit s-au descoperit anomalii bioelectrice de tip comițial. Multe situații de acest gen ne-au demonstrat că adeseori asemenea persoane sînt deosebit de apte pentru a se încadra în exigențele profesiunii pe care și-au ales-o sau în care au nimerit prin jocul aleator al vieții. La concluzii similare am ajuns și în privința conducătorilor auto amatori. Ca atare, în asemenea situații opinăm pentru foarte multă prudență în a da verdicte de contraindicații.

Actualmente la noi în țară numai foarte puține instituții își pot permite de a efectua examene E.E.G. în masă pentru activitatea de selecție sau de control periodic al personalului aflat în organica lor. Astfel că din punct de vedere practic se pune foarte acut problema competenței de a prescrie, interpreta și încadra în contextul clinic examenul E.E.G. în cazul activităților de selecție pentru angajare. Propria noastră experiență, cît și diverse observații ne indică că o asemenea prescripție este bine să fie efectuată exclusiv de specialiști în neurologie sau psihiatrie. urmînd ca atitudinea medico-profesională să fie stabilită tot de aceștia. Susținem acest punct de vedere datorită faptului că mulți solicitanți își ascund adeseori antecedentele neuropsihice, îndeosebi de natură comițială, astfel că medicul examinator trebuie să solicite declarații scrise în acest sens. Motivat de această realitate medico-socială, opinăm ca în situațiile de folosire a E.E.G. pentru examinări în masă, indiferent de rezultatul examenului bioelectric, examenul neuropsihiatric să fie însoțit și de o declarație în scris din partea solictiantului asupra antecedentelor neuropsihiatrice și în special despre antecedente comițiale și stării paroxistice de pierdere a cunoștinței. Experiența existentă în acest sens în țara noastră în domeniul activității feroviare pare a fi concludentă pentru crearea unei opinii de masă favorabilă instituirii unei atitudini adecvate de psihoprofilaxie primară.

În concluzie, subliniem faptul că în procesul de selecție profesională E.E.G. să fie folosită ca un auxiliar al examenului clinic și nu ca un fetiș infailibil, ca o metodă cu servituți, cît și cu reale elemente de facilitare, în fața medicului examinator.

CONSIDERAȚII ASUPRA UNOR ASPECTE DE ERGOFTALMOLOGIE ÎN RELAȚIA OM—MEDIU INDUSTRIAL

E. Harnagea
— Spitalul de adulți — Bîrlad

Urmărind o lungă perioadă de timp diferitele aspecte ale interdependenței om—mediu ambiant—mijloace de muncă, în legătură cu munca vizuală pe care o depun muncitorii din cîteva întreprinderi industriale am ajuns la unele aprecieri practice pe care le vom prezenta în lucrarea de față.

Observațiile și concluziile noastre de oftalmologia muncii, de ergoftalmologie, vor fi grupate în jurul celor 3 factori prin care se identifică procesul muncii ; muncitor, mediu ambiant, mijloace de muncă.

I. MUNCITORUL. În procesul muncii am constatat deseori, că muncitori corespunzători la angajare din punct de vedere mintal, acuză fenomene de oboseală vizuală și dau randament scăzut în producție. Cauza acestor fenomene rezidă de obicei în existența unor vicii de refracție, heteroforii, presbiopii latente sau manifeste, necorectate sau necorespunzător corectate. Cercetările efectuate de noi pe 2 000 de muncitori scot în evidență cele de mai sus (tabel I). Analizînd cele constatate se observă existența unui număr mare de vicii de refracție (67%), insuficient corectate sau necorectate și prezența unui procent de peste 20% presbiopii la care prin fenomenele de senescență oculară inerentă vîrstei, vederea de aproape este deficitară și trebuie să fie corectată din punct de vedere optic. Viciile de refracție și presbiopiile turbură dinamica fiziologică a amplitudinei acomodative oculare și obligă la mari eforturi musculare oculo-palpebrale pentru formarea unei imagini clare pe retină și bineînțeles la eforturi neuro-psihice susținute, pentru perceperea corectă a acestora. Fenomenele subiective de oboseală vizuală acuzate (64%), precum și cele obiective de iritație conjunctivo-palpebrale constatate (26%) la cei examinați de noi, considerăm că sînt cauzate de numărul mare de vicii de refracție și presbiopii insuficient corectate sau necorectate ; desigur nu pot fi neglijați și rolul factorilor optici externi, surmenajul, stări nevropate etc.

II. MEDIUL AMBIANT. Din complexul de factori ai mediului de muncă care concură la ambianța muncii ne vom ocupa numai de factorii optici și anume de unele aspecte ale acestora care sînt în legătură directă cu realizarea actului fiziologic fundamental pentru funcția aparatului vizual. Am urmărit în practica noastră relația dintre vederea muncitorilor și iluminatul locurilor de muncă. Am constatat astfel greutatea cu care își îndeplineau sarcinile de muncă unii muncitori în vîrstă, care se plîngeau de oboseală vizuală și prezentau fenomene obiective de iritație oculară, alături de muncitori tineri care lucrau în același loc de muncă și deci în aceleași condiții de iluminat și care se simțeau bine și își îndeplineau cu ușurință obligațiile de serviciu, fără a prezenta fenomene obiective sau subiective de oboseală vizuală.

Scanned with OKEN Scanner

Cercetările noastre privind activitatea vizuală în raport cu vîrsta celor examinaţi (720 persoane) şi cu variaţiile intensităţii iluminatului, în condiţii asemănătoare mediului de muncă iluminat artificial au ajuns la următoarele concluzii : acuitatea vizuală are o creştere semnificativă pentru toate vîrstele odată cu creşterea intensităţii iluminatului, de la 10 la 1 000 lucşi, urmează apoi o creştere moderată a acuităţii vizuale între 1 000 şi 4 000 lucşi, iar între 4 000—5 000 lucşi acuitatea vizuală rămîne stabilă pentru toate vîrstele. Creşterea acuităţii vizuale în raport cu nivelul iluminării mai relevă faptul că grupa de vîrstă între 50—60 ani este influenţată moderat de intensitatea iluminatului, cea între 20—40 ani este mai intens influenţată, în timp ce vîrstele în jurul a 10 ani sînt afectate foarte mult de intensitatea iluminatului, în sensul creşterii considerabile a acuităţii vizuale (tabel II ; fig. 1).

Problema intensităţii iluminatului artificial necesar locurilor de muncă, a fost şi este încă viu discutată de numeroşi cercetători. Iluminatul artificial folosit în mediul de muncă are de obicei intensitatea mult scăzută faţă de cel natural. Dorinţa în creşterea intensităţii iluminatului incandescent nu s-a putut realiza din numeroase cauze (ebluisare mare, efecte calorice ale radiaţiilor infraroşii, economicitate scăzută etc.). Înlocuirea acestuia cu iluminatul fluorescent a îndepărtat aceste cauze şi a făcut posibilă realizarea unor intensităţi luminoase corespunzătoare necesităţilor. Totuşi acest iluminat ridică unele probleme care trebuiesc cunoscute şi apreciate corect în dorinţa luării de măsuri corespunzătoare. Astfel caracteristicile acestei lumini obligă la folosirea în practică a unor precise tehnici de instalare şi exploatare ; de asemeni dicroismul luminei fluorescente favorizează apariţia de oboseală vizuală la cei care vin în contact pentru prima dată cu acest iluminat. Corectarea viciilor de refracţie latente şi a celor manifestate, necorespunzător corectate, precum şi obişnuinţa cu acest iluminat corect instalat şi exploatat, duce la scăderea considerabilă a numărului celor care se plîng de oboseală vizuală la primul contact cu acest mediu optic fluorescent.

În urma acestor constatări experimentale şi practice am sugerat întreprinderilor urmărite, îmbunătăţirea condiţiilor de iluminat artificial atît în general cît şi diferenţiat, corespunzător vîrstelor celor care lucrează la locul respectiv de muncă. Astfel s-a înlocuit iluminatul incandescent de slabă intensitate cu iluminat fluorescent instalat şi exploatat în condiţiuni bune, la care prin folosirea judicioasă a iluminatului combinat, general şi local, au fost satisfăcute şi necesităţile crescute de lumină pentru oamenii în vîrstă. Productivitatea muncii pe seama iluminatului îmbunătăţit a înregistrat o creştere de aproximativ 5% într-o fabrică metalurgică şi de aproximativ 6% într-o fabrică de confecţii. Această realizare o considerăm eficientă din punct de vedere economic. Menţionăm şi contribuţia asupra confortului vizual, a ambianţei muncii în general şi deci asupra sănătăţii muncitorilor (fig. 2 şi 3).

III. MIJLOACE DE MUNCĂ. Maşinile, utilajele, aparatele, cadranele şi indicatoarele acestora, furnizează informaţii pe care omul le percepe prin mijlocirea aparatului vizual. Construirea acestora trebuie să aibă în vedere posibilităţile optime de funcţiune ale aparatului vizual, în schimbul de informaţii de la maşină la om şi de comandă de la om la maşină. Pentru întregirea posibilităţilor de informare şi acţiune în timpul muncii, omul foloseşte uneori diferite instrumente sau unelte de lucru care facilitează efectuarea corectă a lucrărilor respective, conferind pe de altă parte, siguranţă în acţiune şi securitate.

Numărul mare de muncitori în vîrstă şi deci presbiopi (20%) şi existenţa unui apreciabil procent de vicii de refracţie (67%), constituiesc cauze obiective care obligă pe un mare număr din muncitorii examinaţi de noi să folosească mijloace de lucru — unelte de muncă vizuală — ochelari, pentru a vedea bine în cadrul muncii pe care o desfăşoară. Observaţiile noastre în mediul industrial arată că prin examenul oftalmologic efectuat a fost necesar să prescriem ochelari corespunzători la un procent de 29% din numărul celor examinaţi, iar la un alt examen efectuat peste un an, la acelaşi grup de muncitori, am prescris ochelari la un procent de 9,5%. Modificările inerente care se produc în refracţia oculară, statică şi dinamică, ne obligă să efectuăm controale oftalmologice periodice şi să prescriem ochelari corespunzători.

Odată cu aceste examene am observat tendinţa manifestată de unii muncitori de a întîrzia folosirea ochelarilor de presbiopie, lucru care are repercusiuni negative, atît pentru producţie cît şi pentru sănătatea celui în cauză. Remarcăm importanţa prescrierii ochelarilor în raport cu munca pe care o execută cel examinat şi în concordanţă cu iluminatul încăperilor în care lucrează muncitorul respectiv.

IV. CONCLUZII. Cercetările oftalmologice prezentate coroborate cu observaţiile din timpul activităţii practice în mediul industrial, ne îndreptăţesc să apreciem că odată cu creşterea importanţei muncii vizuale în toate sectoarele de activitate, sîntem obligaţi să urmărim crearea şi păstrarea unor condiţii optime de funcţiune a aparatului vizual. În interdependenţa om—mijloace de muncă—mediu ambiant, eficienţa muncii, productivitatea şi sănătatea muncitorilor sînt condiţionate în mare măsură de o cît mai bună capacitate vizuală a executantului la locul de muncă dat. Efectuarea practică a acestui deziderat trebuie să urmărească :

1. Utilizarea raţională a posibilităţilor vizuale ale muncitorilor în munci corespunzătoare ; corecţia viciilor de refracţie şi a presbiopiilor cu sticle adecvate ;

2. Ochelarii de vedere trebuie să fie consideraţi unelte ale muncii vizuale, atît de cei care trebuie să-i poarte cît şi de colectivitate, întreprindere ;

3. Crearea unui mediu de muncă, iluminat în ceea ce priveşte cantitatea, calitatea şi distribuţia luminii, corespunzător muncii care se cere să fie executată ;

4. Satisfacerea necesităţilor de lumină în raport de vîrsta muncitorilor, deoarece oamenii în vîrstă au nevoie de intensităţi luminoase mai ridicate decît cei tineri ;

5. Efectuarea controlului periodic cantitativ şi al distribuţiei iluminatului locurilor de muncă, cu luarea măsurilor corespunzătoare de îndreptare a deficienţelor constatate.

În încheiere se poate sublinia faptul că ergoftalmologia poate şi trebuie să acţioneze mai eficient pentru transpunerea în practică a acestor numeroase realizări ştiinţifice care privesc munca vizuală în contextul general şi special al muncii industriale, mecanizate şi automatizate din zilele noastre precum şi faptul că sînt necesare în continuare studii teoretice şi practice de fiziologie vizuală a muncii pentru elucidarea multor probleme de vedere şi muncă, în dinamica individului şi în legătură cu ritmul exploziv de dezvoltare economică şi socială a contemporaneităţii.

E R G O N O M I A

ŞTIINŢA MUNCII
ŞTIINŢA INTERDISCIPLINARĂ
care urmăreşte adaptarea reciprocă a complexului de relaţii în sistemul ;

1. OM
2. MEDIU AMBIANT
3. MIJLOACE DE MUNCĂ

Scanned with OKEN Scanner

E R G O N O M I A

ȘTIINȚA APLICATIVĂ,

care urmărește :

1. PĂSTRAREA ȘI PROMOVAREA SĂNĂTĂȚII MUNCITORILOR
2. CREȘTEREA EFICIENȚEI ECONOMICE

E R G O F T A L M O L O G I A

studiază optimizarea muncii vizuale în complexul de relații ale sistemului :

1. OMUL — *Aparatul vizual*
2. MEDIUL AMBIANT — *Iluminatul*
3. MIJLOACELE DE MUNCĂ — *Mașini, utilaje instrumente, indicatori, ochelari.*

Tabelul nr. 1

Grupe de persoane examin.	Numărul de persoane examinate	Nu acuză fenomene subiective de oboseală vizuală	Acuză fenomene subiective de oboseală vizuală	Prezintă fenomene obiective de iritație conjunctivă	Emetropi	Vicii de refracție	Corecții optice efectuate
Grupa I 18—30 ani	911	425	481	171	348	563	92
Grupa II 31—40 ani	688	175	452	212	183	485	212
Grupa III 41—60 ani	421	97	325	149	123	298	280
Total	2 000	695	1 285	532	654	1 346	584

Tabelul nr. 2

Grupe de vîrstă (ani)	Nr. pers. examinate	Acuitate vizuală în raport cu intensitatea luminoasă (lucși)					
		10	100	1 000	3 000	4 000	5 000
8—12	120	1,25	1,80	2,25	2,50	2,60	2,60
18—22	120	1,05	1,60	1,90	2,10	2,20	2,20
28—32	120	0,90	1,40	1,65	1,80	1,90	1,60
38—42	120	0,75	1,20	1,40	1,50	1,60	1,60
48—52	120	0,60	0,90	1,10	1,20	1,30	1,30
58—62	120	0,50	0,70	0,90	0,90	1,10	1,10

Having in mind today's massive industralisation of most of man's activities, the obligations of the visual function increased considerably ; all industrial activities require a more accuarate as well as a more complete visual activity.

The idea of maintaining the morpho-functional parameters of the visual organ as close as possibile to the normal, and of ensuring optimal visual working conditions in the same time, in all branches of industrial activities for all ages, at the respective places of work, represent the logical aspiration as well as ever increasing preoccupation of translating them into practice.

Our studies carried out over a long period of time, in several industrial enterprieses, on certain problems raised by the visual work and the ways, to achieve the optimal visual confort, emphasized certain practical aspects which can and must be achieved if we are to increase the efficiency of man's work.

Having in mind the interrelation man-means of productior-environment, the causes of visual fatigue have been examined as well as their consequences on the worker's health and production at the same time.

The achievement at the optimal conditions of the function of the visual organ in industrial environment, must have in mind the following ;

— illumination of the working area, according to the type of work and the work's necessity ;

— the proper correction of the refraction anomalies and of the existent presbiopies by using the adequate glasses, which must be looked upon as a tool of the visual work ;

— the design of the industrial machinery as well as their position on the working area, should supply optimal visual information, necessary to the working process as well as the worker's security ;

Having achieved the above mentioned parametres, we have reached positive results regarding production, visual confort and man's health.

Scanned with OKEN Scanner

INFLUENŢA INSTRUIRII MILITARE ÎN PERSPECTIVA RELAŢIILOR OM—MEDIU PRODUCTIV

P. Buzatov, C. Chelemen, C. Postelnicu

Pregătirea pentru viaţă şi muncă a tineretului din patria noastră se efectuează într-un sistem coerent şi complex de activităţi în care este antrenat şi serviciul obligator în forţele armate. Printre alte roluri, armata îl are şi pe acela de a fi o şcoală a muncii pentru tinerii chemaţi sub drapel. În afara educaţiei politico-cetăţeneşti şi cunoştinţelor militare de specialitate, tinerii primesc pe timpul serviciului militar calificări în diferite domenii de activitate, cu evidente implicaţii pentru economia naţională.

Tehnicizarea continuă a armatei, creşterea permanentă a exigenţelor faţă de calităţile psihofizice şi intelectuale ale militarului impun în prezent, cît şi în perspectivă, o atenţie mereu crescîndă pentru problematica pregătirii acestuia nu numai în cadrul organizaţional militar, ci şi în sistemul de învăţămînt general. Aspecte similare apar şi în alte sectoare ale vieţii sociale, îndeosebi în domeniul demografic şi cel al asigurării unui nivel cît mai ridicat de sănătate fizică şi psihică pentru categoriile de populaţie supuse obligaţiilor militare. Actuala etapă de dezvoltare a societăţii din ţara noastră crează situaţii cu totul diferite în privinţa implicării tineretului în sistemul organizaţional militar, faţă de aspectele cunoscute de generaţiile anterioare sau chiar în deceniile trecute. Generalizarea învăţămîntului gimnazial, precum şi a celui liceal — treapta I-a, cuprinderea în sistemul şcolilor profesionale a unui număr tot mai mare de tineri, specializarea şi profilarea liceelor, în majoritatea cazurilor pentru domenii tehnico-industriale, creează pentru sistemul organizaţional militar perspectiva primirii de contingente de tineri tot mai bine pregătiţi pentru preluarea în minimum de timp posibil a unor sarcini specific militare. Pe de altă parte, acest aspect impune o cunoaştere multilaterală, orientată bio-psiho-social, a tineretului supus operaţiunilor de recrutare—încorporare, antrenarea cooperantă la selecţionarea pentru serviciul militar a forurilor de decizie şi nivelelor de acţiune în proporţii şi cu un volum de prestări de servicii care impun atitudini concertate pe plan naţional, atît în prezent, dar mai ales în perspectiva timpului. O asemenea situaţie solicită societăţii un mare volum de muncă şi cheltuieli materiale, care se impun a fi fructificate pe plan naţional în ansamblul unei utilizări cît mai raţionale a prestaţiilor sociale. Datele obţinute de organismele de resort cu ocazia operaţiunilor de recrutare—încorporare şi lăsare la vatră reprezintă un bilanţ de sănătate fizică, psihică şi calificare profesională şi integrare socio-profesională departe de a interesa numai sistemul organizaţional militar. Din punct de vedere psiho-medical armata reprezintă un veritabil „banc de probă" pentru tineretul ajuns la această vîrstă a marilor aspiraţii. În opinia noastră, rezultatele trecerii acestui „banc de probă" trebuie cunoscute de toţi factorii care angajează tineretul în acţiuni socio-productive sau de învăţămînt. Pînă în prezent, în cadrul activităţilor de examinare medicală de masă, armata este singura instituţie care supune mulţimi demografice la un examen riguros, antrenînd principalele specialităţi medicale, cu concluzii de resort pentru fiecare individ asupra disponibilităţilor sale psihofizice, referitor la o încadrare adecvată socio-profesională. După constatările noastre, acest examen prezintă unele dintre cele mai certe date de fiabilitate socială, atît pentru individ, cît şi pentru societate şi ar putea fi luat ca punct de plecare pentru ulterioare activităţi medico-sociale privind orientarea, îndrumarea şi selectarea tineretului către diferite domenii de activitate.

Datorită specificului activităţii sistemului militar, dar mai ales unei viziuni „atomiste" a diverselor departamente asupra semnificaţiei serviciului militar şi mai ales a lipsei de familiarizare a majorităţii medicilor, psihologilor, psihosociologilor, lucrătorilor din compartimentele de personal ale întreprinderilor şi instituţiilor, date de o deosebită semnificaţie şi importanţă practică, obţinute cu ocazia diverselor operaţiuni legate de îndeplinirea serviciului militar rămîn neutilizate şi lipsite de caracterul lor socio-profesional validat de armată. Perspectivele imediate şi mai îndepărtate ale ţării noastre, antrenarea armatei la sarcini socio-economice, impun o mai bună funcţionalitate a relaţiilor dintre sistemul militar şi ansamblul activităţilor cu conţinut socio-medical şi socio-profesional, comunicarea de date reciproce privind pe cetăţeanul soldat sau om al muncii într-o viziune de optimizare şi creştere a eficienţei acestora în cadrul prestaţiilor sociale cu conţinut socio-medical.

În cadrul nostru socio-cultural, în care noţiunea de secret medical are alt conţinut decît cea din ţările cu o practică medicală predominant individuală, s-ar impune necesitatea prezenţei la fiecare cetăţean al ţării a unui carnet de sănătate la purtător, în care să fie înscrise toate datele examenelor sale medicale efectuate în diferite etape ale existenţei, atît în viaţa civilă, cît şi cea militară. Pe de altă parte, practica şi observaţiile noastre ne indică că datele medicale consemnate în documentele existente la îndemîna individului după îndeplinirea obligaţiilor militare sînt în prezent atît de codificate şi eliptice încît nu pot fi înţelese şi apreciate decît de un cerc extrem de restrîns de iniţiaţi, fiind aproape imposibil de corelat cu un anumit cadru socio-medical în care au fost elaborate.

Avînd în vedere interrelaţiile tot mai strînse între diversele domenii ale vieţii sociale prin care trece societatea actuală şi experienţa acumulată în diferite alte domenii de întrepătrundere a activităţilor militare cu celelalte domenii de activitate socio-economice, socotim că se impune o corelare pe plan naţional a diverselor baremuri şi instrucţiuni departamentale privind angajarea în cîmpul muncii, capacitatea de exerciţiu pentru anumitele profesiuni, admiterea în şcoli de diverse grade etc., cu baremul pentru efectuarea serviciului militar, ca şi uniformizarea taxonomiei medicale. Observaţiile efectuate de noi indică că între diversele ordine, instrucţiuni etc., ale ministerelor exsită uneori discrepanţe de atitudini de orientare şi selectare profesională care ar putea provoca confuzii şi nedumeriri chiar şi pentru medici deosebit de familiarizaţi cu realităţile din armată şi viaţa civilă. Am putea cita în acest sens prevederile pentru bolile neuropsihice consemnate în baremul medical al armatei aprobat prin O.G. nr. 3/1972 şi Ordinul nr. 182/1975 al Ministerului Sănătăţii privind normele de orientare şi selecţie şcolară şi profesională pentru preşcolari, şcolari, elevi şi studenţi. În literatura de specialitate din ţara noastră sînt prea puţine date privind utilizarea cercetărilor medicale şi ergonomice efectuate în forţele armate şi corespondenţa aplicabilităţii lor în viaţa civilă, nu există indicaţii asupra echivalării profilului unor specialităţi militare cu cele din viaţa civilă, nu numai din punct de vedere socio-profesional, ci şi socio-medical. În fapt, numeroase specialităţi militare au o corespondenţă cvasitotală cu profilurile de activitate profesională din viaţa civilă, cunoştinţele şi deprinderile obţinute în armată servind pentru o integrare imediată în cîmpul muncii după terminarea stagiului

Scanned with OKEN Scanner

militar. Observațiile noastre asupra cazuisticii de psihiatrie marginală în implicațiile acesteia cu serviciul militar, ne indică că ar fi foarte util ca la lăsarea la vatră tinerii să primească o caracterizare psihosociologică asupra modului cum și-au îndeplinit obligațiile militare. La angajarea în cîmpul muncii asemenea caracterizare ar reprezenta una dintre cele mai sigure scrisori de recomandare pentru orientarea și selecția în diverse profile profesionale. Organismul militar însuși ar avea de cîștigat prin eliberarea acestui certificat de capacitate de integrare socio-profesională, deoarece printr-o corelație à rebours s-ar crea motivația tot mai angajantă pentru îndeplinirea serviciului militar din partea a numeroase categorii de tineri cu structuri mai abile și demisii de la obligații sociale. Propunerile noastre supuse spre dezbatere acestui forum interdisciplinar privind adaptarea și integrarea în activități productive demonstrează că problematica sănătății în general și a sănătății mintale în special, are implicații interdisciplinare mult mai complexe, că depășește sfera de acțiune directă a medicului și actului medical și impune intervenția factorilor de decizie socială dintre cei mai diverși. În ansamblul măsurilor de decizie socială, socotim că trebuie incluse și aspectele legate de implicarea sistemului organizațional militar în viața socio-economică și culturală a țării, cu luarea în seamă a bogatului datum de informații medico-psihologice pe care le aduce acesta.

CONSIDERAȚII ASUPRA INCIDENȚEI SINDROMULUI NEVROTIC LA ANGAJAȚII UNEI UNITĂȚI A COOPERAȚIEI MEȘTEȘUGĂREȘTI

Friedman T. P.
— Spitalul orășenesc — Tîrnăveni

Statisticile efectuate în ultimii ani în țară cît și peste hotare pun în evidență o creștere impetuoasă, an de an, a morbidității psihiatrice. Există o convingere reală și unanimă asupra faptului că această creștere a morbidității prin boli psihice nu se datorește propriu-zis afecțiunilor psihice de intensitate psihotică ci doar entităților care sînt cuprinse în domeniul așa-zisei „psihiatrii marginale". În acest teritoriu care a cunoscut o extindere deosebită în perioada după cel de al doilea război mondial locul de frunte este deținut de patologia nevrotică. Statistici recente arată că în timp ce riscul de îmbolnăvire prin schizofrenie reprezintă circa 1% cel de îmbolnăvire prin nevroză este cuprirs între 5 și 10%. La noi în țară investigațiile efectuate pe un milion de locuitori din populație arătau în 1960 o frecvență a acestei îmbolnăviri de 1,46%. După cinci ani, deci în 1965, procentul îmbolnăvirii reprezenta deja 1,76% sesizîndu-se deci un salt de 20% față de numărul de îmbolnăviri din anul 1960. Aceste date estimative semnalează deci într-o perioadă relativ scurtă tendința la creșterea numărului nevrozelor. Acesta reprezintă un motiv de bază pentru care nevrozelor trebuie să li se acorde o importanță deosebită, mai ales că ele apar mai frecvent la oameni în plină putere de muncă. La majoritatea nevroticilor posibilitatea remisiunii și a recăpătării integrale a capacității de muncă este mult mai frecventă decît în alte afecțiuni psihice.

Stressul, cu un caracter permanent, la care condițiile civilizației moderne expun pe individ reprezintă una din principalele cauze ale acestor îmbolnăviri. Demn de menționat este și faptul că adesea nevrozele apar fără vre-un răsunet organic: astenii, insomnii, depresiuni psihice, anxietate, ca expresie a suprasolicitări S.N.C. Nevrozele nu se datoresc însă doar unui singur factor cum ar fi suprasolicitatea sau un traumatism psihic oarecare. Este lucru știut că în apariția unei nevroze concură mai mulți factori, de obicei de valoare variabilă de la un caz la altul, dar complecși în marea majoritate a cazurilor. Doar o apreciere justă a tuturor facorilor etiologici ne va permite să găsim explicația de ce în aceleași condiții de producție numai unele persoane se vor nevroza în timp ce alții rezistă bine stressurilor la care sînt supuși în condițiile concrete ale locului de muncă.

Observațiile relatate în prezenta lucrare au fost efectuate asupra unui număr de 1 180 angajați, dintre care 1 100 femei și 800 bărbați.

În cursul anului 1976 la acești angajați s-au înregistrat în total un număr de 910 îmbolnăviri noi, consemnate prin acordare de certificate constatatoare de incapacitate temporară de muncă. Din totalul acestor îmbolnăviri 59 de cazuri au reprezentat-o îmbolnăvirile prin nevroză. Ponderea lor reprezintă 6,5% din totalul îmbolnăvirilor consemnate la respectivul cabinet medical care deservește întreprinderea. Raportat la numărul angajaților reprezintă 3,14%. Făcînd o analiză mai detailată a morbidității prin nevroză rezultă un fapt aparent surprinzător: raportînd numărul îmbolnăvirilor prin nevroză la numărul salariaților rezultă că s-au diagnosticat 52 de îmbolnăviri la femei, respectiv 4,72% a salariatelor și numai 7 cazuri la bărbați, respectiv 0,88% a bărbaților din întreprindere.

Raportînd numărul cazurilor de îmbolnăvire prin nevroză la diversele ateliere ale întreprinderii se desprinde o concluzie revelatoare, care explică situația semnalată mai sus. Cele mai multe cazuri de îmbolnăvire s-au semnalat la secțiile de mingi, precum și la cea de artizanat. Acestea sînt acele secții care au în componeța lor cu precădere femei.

Condițiile de lucru existente la secția de mingi sînt deosebite: zgomot, căldură excesivă și emanații de gaze cu potențial toxic, toate acestea reprezentînd factori favorizanți de prim ordin. Încălzirea policlorurii de vinil (PVC) duce la degajări de gaze cu un caracter de excitanți ai SNC. La o expunere cronică apar tulburări astenovegetative, digestive și manifestări de tip Raynaud, fenomene care pot fi atribuite atît monomerului (clorura de vinil), dicloretanului care apare ca produs intermediar, plastifianților și antioxidanților (Wilson). Munca prestată este stereotipă, într-un ritm impus, solicitînd un efort continuu de adaptare. Suprasolicitarea continuă va duce la apariția unor procese dezadaptative, care se manifestă la început la cele mai multe sub forma unui sindrom nevrotic astenovegetativ cu un polimorfism de acuze cenestopate. Starea funcțiilor vegetativ endocrine, nivelul proceselor metabolice, reactivitatea organismului înțeleasă în sensul larg al cuvîntului va selecta pe cele care sînt predispuse a se nevroza, influențînd în parte și simptomatologia cu care se va prezenta sindromul lor nevrotic.

Din cele expuse anterior se desprind cîteva concluzii pe care le expun în cele de mai jos.

1. Nevroza apare mai frecvent la femei, care datorită unei constituții endocrinometabolice și psihologice proprii au o rezistență mai scăzută față de stresuri.

Scanned with OKEN Scanner

2. Incidenţa nevrozelor este mai mare la muncitoarele tinere care avînd de prestat atît activităţi industriale cît şi casnice, majoritatea avînd şi copii, sînt supuse la o solicitare sporită care duce în cele din urmă la apariţia de fenomene dezadaptative.

3. Există o prevalenţă netă a formelor astenice, cenestopate, ca expresie a epuizării resurselor adaptative. Manifestările depresive apar mai ales la acele muncitoare care sînt supuse în plus şi unor psihotraumatizări intrafamiliare.

4. Cele mai multe îmbolnăviri prin nevroze apar la acele secţii în care există cumulate la un loc un număr mai mare de factori declanşatori, care acţionînd asupra unui teren favorizat şi în prezenţa unor factori predispozanţi de ordin somatic sau psihosocial duc la epuizarea resurselor adaptative. La începeput boala se manifestă doar sub forma unor distonii neurovegetative sau o unor simptome izolate (cefalee sau insomnii). Pe măsura ce conlucrarea factorilor amintiţi anterior persistă simptomatologia se diversifică ducînd în cele din urmă la constituirea nevrozelor cu care se adresează de obicei bolnavii specialistului psihiatru.

The work deals with the problems of incidental neurotic illness in a unit belonging to a handiacraft co-operative related to sex and job. Statistic study performed on the tertified group emphasizes the increased incident of neuroses at women and especially at those exposed to noxes pointing out the multiple causes of the neurotic illness.

PROBLEME DE ADAPTARE ÎN ŞCOALA PROFESIONALĂ SPECIALĂ PENTRU OLIGOFRENI — BĂIEŢI — SUCEAVA

Andriuhovschi Silvia, Bîcu Ştefania, Pop V., Gheban Elena
— Spitalul de adulţi — Suceava

Din anul şcolar 1976—1977 a început să funcţioneze cu anul I Şcoala specială profesională pentru oligofreni Suceava cu profil de construcţii.

Orientarea şcolară a deficienţilor a fost făcută de comisiile de expertiză a capacităţii de muncă în colaborare cu neuropsihiatrii din întreaga ţară, însă majoritatea din această zonă a ţării.

Criteriile de orientare au fost cele din normele Ministerului Muncii şi a Educaţiei şi Învăţămîntului privind învăţămîntul special, general şi profesional.

Astfel, şcoala a primit elevi absolvenţi ai şcolilor generale, şcolilor speciale ajutătoare şi a căminelor-şcoală, — de asemenea s-a primit un mic procent de elevi neşcolarizaţi.

Pe baza instruirii şi a nivelului intelectual de dezvoltare s-au grupat elevii în următoarele categorii :

A. *După defcienţă :*

1. Oligofrenie D.M. uşoară
2. Oligo D.M. I.
3. Oligo D.M. I/II.
4. Oligo D.M. II.

B. *După categoria de instruire :*

Categoria I — cuprinde elevi absolvenţi a 7—8 cl. a şcolii generale, absolvenţi promovaţi numai prin sprijin pedagogic, iar nivelul lor intelectual la testare s-a încadrat în limitele unei debilităţii mintale uşoare pînă la D.M. gr. I.

Cateforia a II-a — cuprinde absolvenţi ai şcolii generale cl. V—VII, ai şcolilor speciale ajutătoare, precum şi absolvenţi a 8 clase de la căminul şcoală.

Ca nivel intelectual în această categorie găsim formele cele mai variate, respectiv debilitate mintală de gr. I ; gradul I/II şi chiar gradul II.

Categoria a III-a — cuprinde elevii neşcolarizaţi, absolvenţi ai cl. I—IV generale şi speciale ajutătoare, precum şi promovaţii cu sprijin pedagogic clasa V—VIII la cămine şcoală.

În funcţie de aceste categorii elevii au fost repartizaţi la instruirea profesională după cum urmează :

— categoria I-a la meseriile de : instalatori sanitari, lăcătuşi, tîmplari-binale ;

— categoria a II-a a cuprins meseriile : lăcătuşi, construcţii metalice, tîmplari-parchetari, mozaicari-faianţari, zidari, zugravi-vopsitori şi 2 clase de cismărie ;

— categoria a III-a cuprinde meseriile : mozaicari şi zidari.

După începerea învăţămîntului profesional coroborat în mică măsură cu instruirea teoretică, au apărut unele perturbări ale procesului de instruire ridicate de dificultăţile de adaptare a elevilor cît şi a cadrelor didactice.

Din păcate nu am putut extinde studiul nostru asupra pedagogilor care au suferit un proces de adaptare deosebit, intrînd în învăţămîntul special, rămînînd numai elevii pentru studiul nostru.

Numărul total de elevi la începerea anului şcolar a fost de 290 din care :

— D.M. uşoară	= 47
— D.M. gr. I	= 159
— D.M. gr. I/II	= 27
— D.M. gr. II	= 18

iar grupaţi pe categoriile de instruire —

— categoria I-a	= 48
— categoria II-a	= 157
— categoria III-a	= 46

Media de vîrstă a elevilor internaţi a fost de 16 ani 10 luni împliniţi la deschiderea anului şcolar, cu extremităţile cuprinse între 14 şi 24 ani, toţi fiind de sex masculin.

Considerînd că proecsul cel mai sever al dezadaptării a fost demisia totală la instruire şi abandonarea şcolii, iar cel minim a fost scăderea notei la purtare, observăm că din totalul de 290 elevi un rumăr de 150 au fost supuşi acestui proces de adaptare.

La finele anului şcolar din efectivul total de 290 elevi au rămas numai 251, — 39 părăsind şcoala, iar în categoria celor rămaşi s-au constatat modificări în comportament de la reacţii simple de protest pînă la stări confuzionale de demisie totală.

Studierea fenomenului de inadaptare la profesionalizare ne-a dus la următoarele concluzii :

a) 71% din subiecţi au rămas în meseria în care au fost recrutaţi ;

b) instabilitatea în calificarea profesională nu este totdeauna un fenomen de inadaptare, ci poate fi şi cu implicaţii sociale ;

c) perspectiva retribuţiei constituie un indicator important la orientarea profesională ;

d) 26% din elevi prezintă tulburări psihice supraadăugate : de la elemente nevrotice la tulburări psihice grave cu comportament aberart sever ;

e) s-a întîlnit o mare incidenţă a fenomenului de inadaptare fizică mai ales în primele luni de şcoală, însoţite de fenomene vegetative ca : ameţeli, cefalee, mialgii ;

f) conflictualitatea crescută atît între elevi, cît şi forurile administrative reprezintă indicatorul cel mai bun al inadaptării ;

g) între adaptarea profesională şcolară şi cea socială de perspectivă există o strînsă relaţie ce stabileşte echilibrul psihic al subiecţilor.

Scanned with OKEN Scanner

Din analiza adaptării a rezultat că labilitatea ca trăsătură a adaptării se regăsește în forme psihice și la deficientul mintal; aceste forme particulare se înscriu într-un ascendent care la o extremă aduce indivizii la care se constată o scădere progresivă la nivelul care a determinat asimilarea progresivă a deficientului în școlarizare.

Studiul tulburărilor psihice supraadăugate a pus în evidență manifestările psihotice, depresive și tulburări de comportament de diverse grade.

Din studiul documentelor însoțitoare la cei plecați rezultă că într-un număr important de cazuri eșecul școlarizării nu se datorează deficienței mintale, ci tulburărilor supra adăugate.

Ca urmare a datelor studiate rezultă că problema supraadaptării socio-profesionale a deficienților mintali presupune abordarea atît a unor probleme teoretice, cît și a modalităților practice de recuperare a deficientului mintal. Această abordare datorită complexității deficienței mintale implică o activitate susținută interdisciplinară (medicală, psihologică, pedagogică și sociologică), fiecare specialist aducîndu-și contribuția la efortul de cunoaștere, de înțelegere a deficienței mintale, cît și recuperarea sa.

Privit sub raportul recuperării, învățămîntul special profesional pe lîngă multe lucruri pozitive mai are încă unele aspecte mai puțin reușite, dintre care în studiul nostru am constatat:

1) îndrumare și orientare nejudicioasă de către comisiile teritoriale spre această formă de învățămînt;

2) planurile de învățămînt au un caracter prea teoretizat, — în dauna atcivității practice, cunoscut fiind faptul că activitatea practică este cea care dă avînt personalității deficientului.

Scanned with OKEN Scanner

particularităţile muncii şi sănătatea psihosomatică

PSIHOPROFILAXIA TULBURĂRILOR DE ADAPTARE PROFESIONALĂ

Aurelia Sîrbu, Elisabeta Chirtoc
— Institutul de Medicină şi Farmacie — Cluj-Napoca

În cursul ultimelor decenii, evoluţia tehnicii de producţie cu tendinţa ei crescîndă spre mecanizare şi automatizare, a produs aproape în toate ţările nu numai modificări tehnico-economice în domeniul economiei naţionale, dar şi în raporturile de viaţă ale individului.

Odată cu schimbarea valorilor profesionale a apărut necesitatea schimbării condiţiilor de viaţă ale unei categorii de populaţie prin mutarea din mediul rural în mediul industrial urban, precum şi necesitatea recalificării şi adaptării la variate structuri profesionale şi implicit la noi formule de viaţă. Modificarea ponderei unor profesiuni în favoarea altora, a antrenat de asemenea restructurarea mentalităţii în problemele de orientare profesională a tinerilor.

Aceste mutaţii apărute treptat în societatea contemporană, pretind structuri mintale diferenţiate pentru a putea fi modelate pe măsura evoluţiei exigenţelor profesionale. Persoane cu structuri fragile sau rigide, mai puţin diferenţiate, rezistă mai greu la variaţiile condiţiilor de viaţă în general şi se adaptează mai dificil sau chiar defectuos la un mediu complex şi în continuă transformare. Nu este deci surprinzător faptul că, aceste schimbări radicale în gîndirea ştiinţifică traduse pe plan economic, se reflectă într-o gamă variată de manifestări de inadaptare care se extind de la o categorie importantă de tineret, dornic de a îmbrăţişa profesiuni cu solicitare mare sau cu o rentabilitate materială diferenţiată — nu întotdeauna compatibile cu profilul lor psihologic — şi pînă la adulţi şi vîrstnici, supuşi continuu unor reale eforturi de acomodare la configuraţii profesionale mereu modificate sau cu totul necunoscute.

În ecuaţia susceptibilă de a defini ceea ce se înţelege prin adaptare-inadaptare profesională, trebuie deci avute în vedere cel puţin două variabile: echilibrul structural al persoanei şi intensitatea solicitărilor profesionale. Se ridică astfel probleme care ating rezistenţa nervoasă a persoanei şi altele care se referă la intensitatea stress-ului, bineînţeles fără a se pierde din vedere faptul că, impactul dintre persoană şi profesiune nu se petrece numai în planul conştientului şi nu se poate defini printr-o relaţie directă, lineară om-muncă, ci se extinde la întregul cîmp raţional al persoanei proiectat pe fundalul oferit de totalitatea factorilor fizici, geografici, climaterici şi socio-culturali.

Majoritatea autorilor, de comun acord cu multifactorialitatea etiologiei sindromului de inadaptare profesională, şi-au concentrat preocupările pentru aflarea unui *complex de măsuri cu caracter psihoprofilactic* ce vizează deopotrivă :

a) ameliorarea condiţiilor specifice procesului muncii ;

b) influenţarea condiţiilor de mediu şi viaţă a populaţiilor integrate în diferite sectoare de activitate, şi în fine, ;

c) măsuri ce urmăresc ameliorarea capacităţilor adaptative ale persoanei supusă diferitelor stress-uri, desigur aceste măsuri aplicîndu-se cu prioritate într-unul sau altul din sectoarele amintite, în funcţie de importanţa, gravitatea şi urgenţa cu care se impun.

K. Lewin (1974) a marcat unul din momentele cele mai importante din psihologia muncii, prin considerarea condiţiilor şi problemelor care se ridică la locul de muncă, drept un cîmp care trebuie analizat în întreaga sa structură tehnico-economică, psihologică şi socio-culturală, variaţiunile care se ivesc în productivitatea muncii aflîndu-se în directă legătură cu schimbările ivite în acest „cîmp social".

E. Mayo, G. Friedmann, J. M. Faverge, E. Bonnardel, C. Botez şi M. Mamali (1975—1976) semnalează faptul că alături de condiţiile exterioare defavorabile în întreprinderi, dinamica situaţiei umane individuale şi colective este decisivă pentru realizarea echilibrului interior al întreprinderii.

Evoluţia rapidă a tehnicilor cu fragmentarea sarcinilor profesionale, mai ales în sistemul întreprinderilor mecanizate, monotonia muncii, toleranţa scăzută a unor persoane mai fragile psihic la zgomot, atmosferă poluată, cadru inestetic, ultratehnicizat, la care se adaugă sentimentul de frustrare trăit de unii muncitori uzinali prin faptul că nu pot participa direct la procesul de creaţie în sistemele industriale automatizate, desfăşurîndu-şi activitatea în condiţii de cvasiizolare şi minimă solicitare psihosenzorială, constituie tot atîtea motive de dezadaptare profesională. Se impune deci, instituirea unor măsuri adecvate pentru ameliorarea pe cît posibil a condiţiilor de muncă şi în acelaşi timp pentru crearea unui climat psihologic securizant în care persoana să-şi poată desfăşura plenar capacităţile şi disponibilităţile aptitudinale. Cointeresarea muncitorului în procesul de producţie în sistemul socialist, ameliorarea relaţiilor interpersonale la locul de muncă în cadrul microgrupurilor, conducerea democratică în problemele majore ale producţiei fac să crească motivaţia individului şi dezvoltarea autonomiei sale personale, chezăşie a sentimentului de autosatisfacţie şi adaptare a omului la muncă.

Nu lipsite de importanţă sînt condiţiile de viaţă ale muncitorului pentru realizarea unei bune adaptări la condiţiile profesiunii sale. După H. Flavigny (1977) „habitatul" are un rol deosebit de important în procesul de adaptare al omului modern. Suprapopulaţiile din marile aglomerări urbane şi industriale, depărtarea de locul de muncă, izolarea cu toată suprapopularea acestor centre, ce duce la sărăcirea relaţională a indivizilor, carenţe arhitecturale şi urbanistice sînt aspecte care pot contribui la fragilizarea anumitor persoane şi diminuarea coeficientului lor de adaptabilitate. Psihiatrul, prin cooperare cu factorii administrativi, responsabili ai vieţii sociale şi politice poate interveni activ în ameliorarea climatului psiho-social

Scanned with OKEN Scanner

al acestor aglomerări industriale. Difuzarea unor noțiuni de psihologie, educație sanitară, educație sexuală, nutrițională, de igienă psiho-somatică dar și interrelațională între diferitele generații care caobitează, consiliere pentru corecta utilizare a timpului liber, pentru dezvoltarea inițiativei individuale și colective spontane în viața colocatarilor habitatelor urbane, se înscriu printre măsurile de psihoprofilaxie recomandate de psihiatru și psiholog.

După P. Saizaret (1974) rolul psihiatrului este preponderent în evaluarea gravității tuturor factorilor patogeni din ambianță. Adeseori factorii climatici, atmosferici, de altitudine, temperatură, atît de importanți și care concură la homeostazia individului nu sînt luați în considerare. Bulversarea bioritmurilor, a fusurilor orare, pot interveni constant în tulburarea echilibrului și homeostaziei persoanei, mai ales în cazul bolnavilor psihici la care ritmicitatea puseelor poate fi puternic influențată de factorii amintiți. Se impun în acest sens măsuri pentru rațională organizare a turelor de serviciu cu respectarea pe cît posibil a bioritmurilor și instituirea unor măsuri de psiho-igienă mai ales față de persoanele fragile din punct de vedere neuro-psihic.

J. Weill (1976) amintește printre cauzele maladaptării psiho-sociale lipsa distanței critice, a spațiului „peri-corporal" reprezentat de o minimă înmprejurare (de aproximativ 80 cm.) pentru ca persoana să-și poată păstra nestingherită autonomia. Îngrămădirea din aglomerările urbane și din mijloacele comune de transport spre locurile de muncă declanșează reacții neuro-vegetative (măsurabile fiziologic) care scad potențialul adaptativ al persoanei la stress, și încarcă în mod inutil sistemul nervos, blocînd disponibilitățile energetice ale persoanei, necesare în procesul muncii.

Cercetarea sindromului de inadaptare profesională la o cauzistică relativ bogată întîlnită în clinica noastră (1974—1975), relevă navetismul, depărtarea de locul de muncă cu dificultăți de transport și colocațiunea mai multor generații în același apartament, drept cauze favorizante ale dezadaptării profesionale, mai ales a persoanelor vîrstnice din decada a cincea si a șasea de vîrstă.

Tot P. Saizaret, atestă în studiile sale asupra patologiei transplantaților, o anume specificitate a stressului întreținut la aceștia mai ales de fenomenul de aculturație, de „demolare culturală" (renunțare bruscă a populației transplantate în mediul urban sau industrial la o serie de datini, obiceiuri etnice fără a avea vreo compensație) însoțit adeseori de dificultatea de comunicare. Schimbarea limbajului uzual și înlocuirea lui cu unul potrivit noului statut profesional, mai tehnicizat, poate deveni sursă de stress și implicit cauză favorizantă a sindromului de inadaptare a persoanei la noul specific profesional. Acești bolnavi se exprimă de obicei în limbajul bolilor somatice, care de cel mai multe ori camuflează un neajuns psihologic datorat dificultăților de adaptare.

Totodată însă, ridicarea tehnicității eliberează pe muncitor acordîndu-i mai mult timp liber pentru reflexii și introspecție. Omul începe să-și domine munca în timp ce o efectuează și începe să înțeleagă că munca nu este decît o parte a vieții sale, care mai lasă dsiponibilității pentru loisiruri, distracții și meditații. Pe acest teren favorabil pentru lărgirea orizontului muncitorului, o rațională și convergentă acțiune de informare, culturalizare și cointeresare în multiple forme de organizare a vieții economico-sociale atît în întreprinderi cît și în viața publică, constituie obiective psihoprofilactice cu largi implicații ecologice.

Printre măsurile psihoprofilactice ce privesc persoana însăși se enumeră cele referitoare la selecția și orientarea profesională potrivit „complexului vocațional" al acesteia.

În psihologia practică uzinală, grija pentru realizarea concordanței între cerințele profesiunii și psihologia individului, bazată pe capacități, deprinderi, disponibilități, structuri ce sînt activate de către sistemul motivațional și comportamental al persoanei, rămîne una din condițiile principale ale adaptării sale profesionale. Diviziunea muncii asigurată de o corectă orientare profesională spre grupuri de profesiuni pentru care persoana a fost găsită aptă, precum și selecția pentru activitățile existente pornind tot de la structura personalității, dobîndesc în condițiile actuale o importanță deosebită în prevenirea tulburărilor de adaptare profesională. Orientarea și selecția științifică prin examenul psihologic în completarea examenului medical al salariaților din întreprinderi la angajare și la diferite etape de vîrstă, contribuie nu numai la stabilirea profilului psihologic și corecta îndrumare profesională a angajaților, ci și la restructurarea unui întreg eșafodaj de autoapreciere (ale omului muncii despre propria persoană) adeseori eronate ale acestuia. O informare realistă despre capacitățile candidatului și disponibilitățile sale compensatorii, se realizează concomitent cu selecția și orientarea profesională și o asistență psihologică cu caracter psiho-profilactic. Dificultatea de a face față exigențelor profesionale în continuă creștere este resimțită mai intens și o găsim mai frecvent în patologia mintală, începînd cu depresiile nevrotice și reactive, toate formele clinice de nevroze, psihopatii și mai ales psihozele acute și sindromul de involuție la vîrstnici, unde poate apare o destructurare mai mult sau mai puțin profundă a personalității cu dezadaptarea treptată în activitatea profesională. O categorie aparte care reclamă măsuri adecvate cu potențialul adaptativ mult diminuat este aceea a deficienților intelective. În toate aceste cazuri se impun măsuri diferențiate de orientare și selecție spre locuri de muncă potrivite cu potențialul restant al acestor persoane fragile psihic. E. P. Sivadon (1952) opiniază pentru grija deosebită față de aceste persoane a căror adaptabilitate este mult diminuată și necesitatea de a le încadra în locuri de muncă potrivit coeficientului lor de adaptabilitate. Articularea metodologiei aplicate în psihologia industrială pentru selecția profesională cu organizarea științifică a asistenței psihiatrice și psihologice, care contribuie la diminuarea dissatisfacțiilor profesionale și creșterea randamentului persoanei în muncă, devin imperative ale psihologiei muncii contemporane. Aplanarea conflictelor interioare, a neînțelegerilor maritale, a dezordinilor afective care contribuie în mare măsură la maladaptările profesionale, ameliorarea relațiilor interumane prin studierea fenomenelor de „acceptare", „respingere" în cadrul microgrupurilor, organizarea pe baze psihologice a ședințelor de psihoterapie de grup, training autogen și alte forme de psihoterapie individuală sau colectivă, sînt acțiuni care fac parte din vastul program pentru ameliorarea și asigurarea sănătății mintale a persoanelor integrate în procesul muncii.

Tot în cadrul complexului de măsuri cu caracter psihoprofilactic se cuvine să menționăm rolul psihofarmacologiei, știut fiind că în tulburările de adaptare cota anxioliticelor ocupă un loc prioritar. Importanța anxioliticelor este demonstrată prin numeroasele statistici care prezintă cantitatea de barbiturice, tranchilizante și hipnotice consumate ca și a psihotropelor în continuă creștere. Rolul anxioliticelor în profilaxia tulburărilor de adaptare profesională ar viza în cele din urmă diminuarea stării de tensiune și anxietate, ceea ce ar permite persoanei să-și valorifice propriile mecanisme de apărare împotriva stress-ului, în condiții de maximă economicitate nervoasă. Prescripția lor reclamă prudență, după G. Held, R. Pauwels, D. Ginestet, ș.a. (1976) numai atunci cînd este vorba de o anxietate sau angoasă normală, ca un efect al alarmei, probă a capacității de adap-

Scanned with OKEN Scanner

tare a individului la solicitările exterioare. Găsirea celei mai adecvate atitudini din partea psihiatrului, între a prescrie o medicaţie, a o refuza sau a o eluda, depinde desigur de competenţa şi experienţa sa. Lipsa de medicaţie poate favoriza dezvoltarea unei grave patologii în cadrul tulburărilor de adaptare, tot atît de periculoasă ca şi stereotipia în prescripţii care poate duce la ineficacitate sau abuz. De acord cu autori ca Lopez Ibor şi Deniker, considerăm că interrelaţia psihoterapie-psihotrope în tratamentul şi profilaxia tulburărilor de adaptare profesională, deschide largi perspective psihiatriei industriale contemporane.

Numeroşi autori amintesc de pericolul utilizării alcoolului şi altor substanţe toxice şi excitante pentru surmontarea dificultăţilor vieţii cotidiene, fenomen întîlnit din cele mai îndepărtate timpuri şi în toate civilizaţiile, deosebit de periculos mai ales în profesiunile care reclamă maximă vigilenţă. Măsurile de profilaxie împotriva alcoolismului se înscriu de asemenea în programul de măsuri profilactice cu caracter general, prevenirea dependenţelor fiind mai eficientă decît terapia lor deosebit de laborioasă. Menţionăm ca o etapă de perspectivă activitatea Laboratorului de Sănătate Mintală — în profilaxia tulburărilor de adaptare profesională, acţiunea conjugată chimioterapie-terapie ocupaţională grefată pe aptitudini, preocupări şi deprinderi specifice persoanei — asistenţă socială — psihoterapie, din şcoli şi întreprinderi, iniţiată în „cazurile problemă".

Această sintetică trecere în revistă a principiilor şi măsurilor de prevenire a tulburărilor psihice de adaptare inerente universului actual al activităţii profesionale, nu reprezintă decît instantanee ce necesită a fi continuu remodelate pe măsura evoluţiei structurilor tehnico-economice şi sociale. Eforturile psihiatriei industriale şi a psihologiei uzinale de a asigura emanciparea persoanei angajate plenar în procesul de producţie şi de a contribui la consolidarea echilibrului axiologic al acesteia în vederea dezvoltării spiritului creator şi a năzuinţelor sale spre progres, par a fi pe deplin justificate în condiţiile oferite de societatea contemporană.

The authors review a series of principles and measures with psychoprophylactic character based both on the study of the etiology of professional adaptative disturbances performed on a great number of cases admitted to the Psychiatric Clinic and on data from the literature. Considering the multifactorial aethiology of the professional inadaptation syndrome, measures with a psychoprophylactical character are proposed, the aims of which are egual: a) improvement of the specific conditions of the working process, b) influencing the life and working conditions of the populations integrated in various activity sectors, c) improvement of the adaptative capacities of the person submitted to various stresses, all these measures being applied with priority in one or other of the above mentioned sectors according to their importance, severity and urgency. The authors stress also on the importance of the psychiatrist's and psychologist's role in the psychoprophylaxy of professional adaptation disturbances with their efforts of assuring the emancipation of the person and their contribution to consolidating the axiologic balance of the person in order to develop its creative spirit and its aspiration towards progress.

PARTICULARITĂŢILE ASISTENŢEI PSIHIATRICE ÎN DEZADAPTAREA PROFESIONALĂ

T. Pirozynski, Miarka Pirozynski, H. Gottlieb
— Institutul de Medicină şi Farmacie — Iaşi

Evoluţia cunoştinţelor privind înţelegerea bolii mintale şi a proiecţiei acesteia asupra relaţiei interumane a dat psihiatriei contemporane semnificaţia unei discipline medicale integrative, antropologice şi sociale. În cercetarea comportamentului faţă de relaţia ambiantă (complexa semnificaţie a psihiatriei) se regăseşte în problematica modalităţilor de asistenţă protectivă, străbătută în prezent de mutaţii sociale, care exprimă de fapt condiţia persoanei şi a relaţiilor sale de grup în realitatea existenţială a civilizaţiei noastre.

De la tendinţa primară de confirmare a unei deteriorări a capacităţii pragmatice, sancţionată prin eliminarea din circuitul realizării active de valori, se optează în prezent pentru menţinerea participării la efortul comunitar, la aspiraţia de justificare a unei proprii capacităţi de realizare.

Termenul generic de adaptare care a străbătut criteriile de apreciere a validităţii comportamentului unei persoane exprimă opinia corectă despre capacităţile homeostazice de reglare a răspunsurilor la fluxul de solicitări şi îndeosebi la cele supraliminare. În acelaşi timp el explică funcţia de autoreglare a unui sistem deschis, capabil de o relativă autonomie întreţinută de ierarhizarea unor motivaţii care se convertesc în atitudinile discriminative ale personalităţii.

Constatăm în acelaşi timp o progresivă complexificare a interacţiunii dintre sistemele participante la constituirea relaţiei ambietale, iar în cadrul acestora mobilitatea spectaculară a ritmului tehnicii care forţează limitele capacităţii de adaptare a persoanei umane şi a unora din ecosistemele sale de existenţă. Alături de aceste aspecte care se exprimă printr-o tendinţă generală şi de viitor, insuficienta protecţie în raportul dintre creativitatea şi unele consecinţe nocive ale acesteia instituie acelaşi risc de dezadaptare, prin uzura mecanismelor compensatorii ale capacităţii productive. Ansamblul acestor fenomene şi înţelegerea procesualităţii prin care se perturbă capacitatea de autorealizare ca expresie specific umană a adaptării instrumentează psihiatriei criteriile unei asistenţe concordante mobilităţii din relaţiile interpersonale, cît şi din cele cu amianţa fizică şi socială.

Caracterul de dezvoltare nouă, tehnică şi ştiinţifică, a producţiei ca şi extinderea sub raport demografic a populaţiei angajată într-un sistem reglementat al producţiei de bunuri materiale şi spirituale, stabileşte o corelaţie strînsă între comportamentul persoanei şi randamentul ei social. Dinamica interacţiunii dintre condiţiile subiective constituite de factorul uman, el însăşi supus variabilelor ecologice şi creşterea gradului de complexitate al tehnologiei prin mecanizare şi automatizare, furnizează psihiatriei direcţii de competenţă interdisciplinară, prin care conceptul clniic se perfectează în atributul său fundametal privind acordarea unei asistenţe diferenţiate.

Într-un mod specific şi cu depline perspective de progres, ergonomia preia dintr-o arie pluridisciplinară cunoştinţele referitoare la adaptarea reciprocă dintre om şi prestarea activităţii sale productive în scopul optimizării acestora. Această adaptare numită şi profesională, deşi conţinutul ei este mai amplu ca semnificaţie pentru personalitate ca sistem hipercomplex este supusă uzurii şi dezadaptării prin depăşirea

Scanned with OKEN Scanner

limitelor de compensare a sistemului psihic în emergența sa individuală.

Descendența ergonomiei din teoria generală a sistemelor contribuie la investigarea sistemului „om" a capacităților sale mintale și fizice, extinzînd această investigație la relația om, mașină și ambianța pentru a proiecta apoi interacțiunea de „feed-back" în relația om-mașină-ambianță-om, ca funcție esențială de prezervare a sănătății populației, scop la care participă prin obiectul și metodele sale de acțiune și asistența psihiatrică. În acest mod conceptul clinic al asistenței psihiatriei ce se extinde prin justificata necesitate la un ansamblu relațional în care sănătatea mintală și capacitatea unei realizări productive se înscriu în asistența medico-socială a comportamentului uman în relațiile sale de muncă. Structurarea criteriilor de asistență psihiatrică prin însușirea achizițiilor ergonomiei activității, a bioergonomiei sau a ergonomiei ecologice cresc competența cercetării și acțiunii în aria psihopatologiei relaționale privind particularitățile de autoutilizare în condițiile unor dezadaptări tranzitorii, ca și în formele de gravă perturbare ale personalității cu nevoia unei resocializări.

Psihiatria în accepțiunea sa medical integrativă, antropologică și socială dispune de modalități diversificate și cuprinzătoare de intervenție protectivă cu rezerva unor permanete posibilități de perfectare a formelor sale de asistență. Dispensarizarea activă, formele asistenței ambulatorii și clinice, acțiunile terapeutice de resociabilizare, cercetările epidemiologice, sînt modalități actuale ale căror principii de funcționare fundamentează cunoștințele teoretice și practice ale personalului cuprins în asistența psihiatrică.

În mod deosebit expertiza psihiatrică a capacității de muncă prin competența criteriilor sale servește asistența unei persoane invalidate stabilindu-i diagnosticul și prognoza ca elemente de precizare a gradului de incapacitate productivă.

Criteriile de orientare a expertizei capacității de muncă cuprind studiul dinamicii îmbolnăvirii precum și analiza detaliată a structurii comportamentului în cursul unor modificări psihopatologice.

Varianta acestor modificări se particularizează nu numai prin cadrul nosologic dar și prin multiple condiții individuale care se evidențiază prin cercetarea ontologiei personalității în raporturile sale ambietale. Astfel în procedura expertizei stabilirea diagnosticului funcțional pe baza investigațiilor clinice complexe include conceptul unei psihopatii relaționale în care orientarea ergonomică și particularitățile individuale dau înțelegere obiectivă și competență conduitei subiective în procesul productiv. Expertiza ca procedură de diagnostic și prognoză confruntă de fapt starea clinică a unei persoane cu deficitele activității profesionale prin aprecierea influenței ce o exercită tulburările psihice asupra unei activități prestate cît și influența exercițiului funcțional asupra dinamicii acestor tulburări.

În expertiza psihiatrică a capacității de muncă sînt considerate de regulă mai tranșante situațiile de gravă perturbare a comportamentului așa cum se constată în psihoze sau în bolile cu evoluție lent progresivă de dezorganizare a personalității cum sînt cerebropatiile infecțioase, toxemice, traumatice, vasculare și altele.

Dificultatea și atitudinile ezitative se exprimă îndeosebi față de situațiile cu o patologie viscerală sărac evidențiată de explorările clinice, avînd păstrată autoconducția și atitudinea discriminativă în contrast cu diminuarea progresivă sau eșecul capacității de realizare pragmatică în relațiile unui sector productiv.

Aceste situații sînt realizate în dezadaptarea profesională de sindroamele personalității dizarmonice, de psihosindroamele reactive, de nevroze și modificările comportamentale ale patologiei de presenium. Criteriile medicale ale psihiatriei, în conceptul ei actual de dezvoltare, acordă o importanță egală, obiectiv fundamentată de principiile asistenței sale, tuturor cazurilor de impact dezadaptaaiv și cu risc de menținere sau agravare a uni tip de perturbare a sănătății mintale.

În expertiza psihiatrică este firesc deci să dețină un rol hotărîtor aceste criterii cu angajarea răspunderii integrale a celui care elaborează diagnosticul și prognoza cazului preluat în asistența sa medicală de specialitate.

Întrucît patologia denumită impropriu „marginală" în psihiatrie, domină statistica bolilor psihice, este firesc să aibă o egală exprimare și în frecvența problematicii privind dezadaptările profesionale.

Aportul psihiatriei se realizează pirn asistența profilactică și curativă a bolilor psihice și prin amendarea consecințelor acestora asupra relațiilor interumane. Păstrarea fermă a acestor limite elimină riscul sau tendința de psihiatrizare a unor situații raționale fără semnificație psihopatologică și a căror reglementare este de ordin instituțional organizatoric.

În stadiul actual tendința ergonomiei în interacțiunea de sisteme din procesul productiv este adaptarea muncii la om — ceea ce tinde în egală măsură să asigure asistența psihiatrică, prin procedurile sale de expertiză, pentru situațiile de dezadaptare a capacității pragmatice productive printr-un proces psihopatologic.

SINDROMUL DE SUPRASOLICITARE, EFECT MULTIFACTORIAL AL MEDIULUI DE VIAȚĂ ȘI DE MUNCĂ

G. Mihail, D. Mocanu, D. Mihăilă, G. Bălăceanu, V. Răileanu, L. Nestor, C. Alexandrescu

— Institutul de Igienă și Sănătate Publică — Iași

Este cert că mecanizarea și mai ales automatizarea au redus mult efortul fizic în multe sectoare industriale, totuși sîntem încă departe de momentul în care ne vom putea dispensa complet de orice efort fizic și cu atît mai puțin de participarea sistemului nervos pentru efectuarea unei activități productive. Mașinile au crescut puterea productivă individuală în toate domeniile însă ritmul de producție s-a accelerat, volumul de muncă a crescut, precizia mișcărilor și cunoașterea mașinilor unelte necesită un anumit grad de specializare, încordarea atenției și procesul de informație-răspuns a crescut de asemenea, iar responsabilitatea este intens angajată în fluxul tehnologic deorece o manevră greșită poate provoca pagube enorme, încît ne întrebăm în ce măsură tehnicizarea muncii reduce în mod esențial solicitarea organismului sau, dimpotrivă, aduce cu sine factori noi de solicitare care transferă ponderea efortului fizic în zona stressului psihosenzorial la care se adaugă adesea o serie de noxe fizice sau chimice cum sînt substanțele toxice industriale, zgomotul, microclimatul, radiațiile etc.

Influența factorilor de solicitare introduși în tehnica modernă se exercită și în mediul de viață, în

orele de odihnă, ca urmare a urbanizării rapide şi asimilării cuceririlor tehnice moderne în viaţa cotidiană, o parte din populaţia rurală fiind obligată să se adapteze într-un ritm rapid la noile condiţii, renunţînd la ocupaţiile şi obiceiurile sale tradiţionale.

Însumarea factorilor profesionali şi extraprofesionali poate constitui un volum de solicitare la limita posibilităţilor de adaptare şi de integrare armonioasă a organismului uman în mediu, putînd trece uşor bariera dintre fiziologic şi patologic, în funcţie de personalitatea biologică, psihică şi socială a fiecărui individ.

Dacă între factorii profesionali de solicitare şi cei extraprofesionali există relaţii echilibrate în raport cu factorii individuali care condiţionează capacitatea de adaptare şi menţinere a forţei de muncă, atunci oboseala este fiziologică şi reversibilă, cu recuperarea integrală a forţelor într-un ciclu de 24 de ore. (Stadiul I din schemă).

Dacă echilibrul este perturbat prin supraoslicitare, apare oboseala reziduală urmată de oboseala cronică şi instalarea *sindromului astenovegetativ*. (Stadiul II în schemă).

Apariţia unor fenomene individuale sau de grup, privind scăderea productivităţii sub posibilităţile prevăzute, o morbiditate generală nespecifică, uşor crescută, lipsa de satisfacţie profesională, frecvenţa stărilor conflictuale ca aspecte ale dezadaptării sociale, constituie cîteva din formele de manifestare generate de oscilaţiile la limita normalităţii (trecerea de la stadiul I la stadiul II).

Din punct de vedere clinic această trecere îmbracă aspectul sindromului astenovegetativ nespecific, care în polimorfismul manifestărilor clinice de debut are o pondere importantă, atunci cînd este căutat. Deobicei trece neobservat deoarece bolnavii îl minimalizează şi nu se prezintă la medic pentru o simptomatologie nespecifică, uneori frustă, putînd fi suspectaţi că urmăresc obţinerea unor avantaje (concediu medical, schimbarea locului de muncă etc.).

În ultimii ani se semnalează frecvenţa manifestărilor astenice şi a nevrozelor ca una din principalele cauze de incapacitate temporară de muncă în unele sectoare de activitate, anamneza descoperind o perioadă de suprasolicitare profesională. Prelungirea solicitării după apariţia oboselii cronice poate fi cauza primară a unor îmbolnăviri, prin scăderea rezistenţei organismului faţă de agresiunea microbiană sau virală sau favorizînd apariţia unor boli ca ulcerul gastroduodenal, hipertensiunea arterială ş.a.

În lucrarea prezentă sînt expuse cîteva din rezultatele cercetărilor noastre privind frecvenţa sindromului astenovegetativ ca efect al solicitării multiple, semnificaţia acestuia în patologia profesională şi valoarea sa profilactică.

Astfel în industria chimică s-a întîlnit această simtomatologie la 68% dintre muncitorii care lucrau la sinteza H.C.H.-ului şi D.D.T.-ului şi în proporţii similare la 320 operatori expuşi la solvenţi organici şi la 150 operatori expuşi la alchilamine.

La 300 de operatori expuşi cronic la concentraţii scăzute de CS_2 s-au găsit la 80% dintre aceştia o simptomatologie astenovegetativă polimorfă, însă asemănarea dintre sindromul astenovegetativ frust sulfocarbonic şi sindromul de suprasolicitare face dificil un diagnostic diferenţiat fără confirmarea clinică şi biochimică a etiologiei sulfocarbonice.

În absenţa substanţelor chimice care pot fi responsabile de simptomatologia nespecifică de debut, sindromul astenovegetativ a fost întîlnit deasemenea la metalurgişti, care sînt expuşi la radiaţii infraroşii, la stress termic, zgomot, efort fizic, etc. Aceşti muncitori reprezentînd următoarele simptome: tulburări de somn (somn întrerupt sau superficial) în 57% din cazuri; dificultăţi la readormire în 75% din cazuri; vise cu elemente profesionale — 46%; coşmaruri — 35%; senzaţia de oboseală la trezire — 46%; fatigabilitate — 71%; irascibilitate 60%; inapetenţă — 60%; cefalee — 57%; iritabilitate datorită zgomotului — 85%; stări depresive patogene 35%, scăderea atenţiei — 35%, urmate de alte simptome mai puţin frecvente ca: palpitaţii, dureri musculare, parestezii, anxietate, greţuri şi ameţeli etc.

Tabloul simptomatic este mult mai sărac iar simptomele proporţional mai scăzute la operatorii din cabinele de comandă, unde principalii factori de solicitare (efort fizic, căldură, zgomot) sînt mult atenuaţi.

Dintre cauzele obiective extraprofesionale care se adaugă efectului solicitării după orele de muncă citătm: somnul insuficient sub 6 ore pentru cei din schimbul de noapte în 56% din cazuri, activităţi extraprofesionale obositoare ca studiul individual, cursuri serale (33% din cazuri), transportul la locul de muncă şi navetismul 36%, mese la ore nepotrivite 35%.

În colectivităţile de femei, investigate în industria textilă prezenţa sindromului de suprasolicitare apare justificat de însumarea solicitărilor extraprofesionale legate de activitatea femeii ca gospodină, mamă, soţie, cu cele profesionale, munca în ortostatism, în zgomot, concentrarea analzorului vizual etc.

Desigur că pentru interpretarea datelor care conturează simptomul de suprasolicitare trebuie multă prudenţă fiind necesar să avem în vedere şi factorii individuali, relaţia dintre starea obiectivă şi cea subiectivă a sănătăţii, stările conflictuale generate de lipsa motivaţiei în relaţia directă cu profesiunea exercitată, relaţiile interpersonale în echipă şi integrarea armonioasă în colectivitate.

Fenomenul de dezadaptare care poate îmbrăca forma de manifestare a sindromului astenovegetativ apare adesea din aceste considerente şi la tinerii plasaţi în condiţii optime de muncă.

Din cele expuse rezultă necesitatea unei bune cunoaşteri a factorilor complecşi de solicitare de la locul de muncă şi din mediul de viaţă precum şi a factorilor individuali şi a fenomenelor de dezadaptare.

Valoarea profilactică a sindromului de suprasolicitare, constă de fapt în precocitatea depistării sale şi în cunoaşterea cauzelor care favorizează apariţia sa, în vederea remedierii sau eliminării cauzelor generatoare.

Accounting for the necessity of the favourable integration of the human organism depending on biological, psychological and social personality of man and the knowledge of increased frequency of asthenoneurotic manifestations that might lead to work incapacity, the authors analysed the principal occupational and extra-occupational causes of the fatigue phenomenon in different activity sectors.

Utilising a current psycho-physiological methodology to demonstrate the subjective symptomatology of fatigue it was evidenced the unfavourable action of the multiple solicitation factors in the same working place (increased temperature, noise, chemical substances, night work, strain) as well as the extra-occupational factors.

It was drawn the conclusion on the necessity of the evaluation of all occupational and life factors for appreciating the solicitation degree, in the aim of applying some efficient and complex prophylactic measures.

Scanned with OKEN Scanner

CONSIDERAȚII CU PRIVIRE LA SINDROAMELE NEVROTIFORME PE FOND DISCRIN

M. Șelaru, Genoveva Niță-Sima
— *Institutul de Medicină și Farmacie — Iași*

Problematica adaptării omului la condițiile de mediu social și natural a determinat studii complexe din partea biologilor, psihologilor, sociologilor, economiștilor, tehnicienilor, juriștilor, pedagogilor etc. Angajarea unor puncte de vedere diferite asupra fenomenelor de adaptare ale ființei umane, conduc la concluzia necesității de a considera personalitatea sub raportul determinărilor sale complexe bio-psiho-sociale în corelație cu condițiile concrete individuale și generale de dezvoltare social-istorică. Integrarea dinamică și unitară a diverselor puncte de vedere formulate pe baza metodologiei deterministe științifice apare ca o necesitate pentru fiecare domeniu de cercetare în parte în vederea cunoașterii cît mai complexe a omului și a formulării unor măsuri precoce în vederea prevenirii eșecului adaptativ în diversitatea activităților pe care le desfășoară, măsuri necesare promovării unei stări optimale de sănătate fizică, mintală și socială.

Fenomenul de adaptare studiat sub aspectele concrete ale fiecărei personalități în parte, în corelație cu condițiile particulare de natură psiho-socială cu rol determinant în dinamica proceselor de asimilare și acomodare la mediul lumii supraorganice creat de om, a devenit, în condițiile revoluției științifice și tehnice contemporane, un subiect de o stringentă actualitate, depășind prin importanța sa problemele general biologice, antrenînd în acest mod responsabilitatea tuturor sectoarelor societății. Studiul complex, multilateral și aprofundat al factorilor bio-psiho-sociali implicați în procesul de adaptare este determinat de împrejurarea că particularitățile mecanismelor adaptative umane formate în decursul dezvoltării istorice nu se pot modifica în același rtim cu modificările rapide din sfera tehnicii, tehnologiei și producției.

În același sens, este de amintit că automatizarea și cibernetizarea proceselor de producție reclamă în mod predominant angajarea în procesele adaptative a funcțiilor psiho-sociale ale personalității, ceea ce aduce pe prim plan relația personalitate—conștiință—activitate, angajînd de la acest nivel întregul sistem psihic uman cu varietatea motivațiilor sale bio-psiho-sociale cu reflectare asupra mecanismelor energetice psiho-neuro-endocrino-umorale.

În acest context, abordarea tulburărilor funcționale sau organice cu rezonanță psihosomatică și cu reflectare în planurile procesualității adaptative socio-culturale, ne apare de o importanță particulară.

Am avut în studiu 100 cazuri de „nevroză pe fond discrin". Am obținut acest eșantion folosind vîrstă între 16—60 ani, pe care le-am împărțit în metoda aleatorie simplă indirectă: am extras cazurile din fișele bio-psiho-sociale, furnizate de Laboratorul de Sănătate mintală Iași. Unitatea statistică este reprezentată de persoane de sex feminin, de grupele de vîrstă: 16—20 ani, grupa nr. 1; 21—25 ani, grupa nr. 2; 26—30 ani, grupa nr. 3; 31—35 ani, grupa nr. 4; 36—40 ani, grupa nr. 5; 41—45 ani, grupa nr. 6; 46—50 ani, grupa nr. 7; 51—55 ani, grupa nr. 8 și 56—60 ani, grupa nr. 9.

Persoanele sînt aflate în evidență pe perioada 1974—1976, cu domiciliul stabil în Iași și prezintă manifestări polimorfe de tip nevrotiform pe fondul unor suferințe endocrine reale. În analiza acestui eșantion am luat în discuție diverși factori cu implicații mai mult sau mai puțin importante în geneza entității morbide care reprezintă tema studiului nostru, o parte din ei avînd menirea să releve un anume teren, o stare predispozantă care ar facilita îmbolnăvirea, alții cu rol favorizant și în sfîrșit, factori cu rol determinant.

1. Analizînd factorul vîrstă am constatat o frecvență crescută a acestor manifestări la persoanele de vîrstă mijlocie, cele cuprinse între 41—45 ani reprezentînd 25%, iar cele între 46—50 ani 23%. Bolnavele cuprinse în categoria de vîrstă 16—20 ani sînt 2%; 3% din categoria 21—25 ani, 14% din categoria 26—30 ani, 10% din categoria 31—35 ani, 13% din categoria 36—40 ani, 9% din categoria 51—55 ani și 1% din categoria 56—60 ani.

2. În literatura de specitalitate se vorbește despre o nouă ramură interdisciplinară denumită „psiho-endocrinologie" sau endocrinopsihiatrie. Au fost analizate determinările psihice din tulburările hipofizare, epifizare, tiroidiene, paratiroidiene, pancreatice, suprarenale, gonadice. Din studiul pe cele 100 de cazuri am constatat că 57% au tulburări în funcția paratiroidei fiind diagnosticate cu spasmofilie, 31% sînt cu hipofuncție tiroidiană d'emblé sau postotiroidectomie, 27% sînt diagnosticate cu tulburări de climax, 17% cu hiperfuncție tiroidiană, 12% au obezitate, boală complexă endocrină și metabolică, 4% au hipoluteinism, 4% hipocorticism, 4% hiperestrogenism, 4% insuficiență ovariană, 5% amenoree terapeutică, 3% hemoragii difuncționale, 2% sindrom hipoanabolic, 2% hepercorticism, 2% au tulburări nevrotiforme postpartum, 1% adenom hipofizar, 1% mastoză bilaterală hormonală, 1% sindrom Turner, 1% tiroidită Hashimoto.

Din cele 100 de bolnave 5% sînt diagosticate cu două sau mai multe tulburări endocrine. Astfel, din categoria a doua de vîrstă, una din bolnave are spasmofilie și hipotiroidie. Din categoria a treia de vîrstă o bolnavă are hipotiroidie și hipocorticism, o alta hipocorticism și spasmofilie, 5 bolnave au hipotiroidie și spasmofilie, una e diagnosticată cu hipertiiroidie și spasmofilie. Dintre bolnavele de vîrstă cuprinse între 31—35 ani, 1% are hipertiroidie și spasmofilie, 1% este diagnosticată cu mastoză bilaterală hormonală și spasmofilie, 1% cu hipotiroidie, obezitate și spasmofilie, 1% numai cu hipotiroidie și spasmofilie și 1% cu hipotiroidie și hipocorticism.

2% din femeile de 41—45 ani au spasmofilie și hipotiroidie, 2% au în plus obezitate, 1% este diagnosticată cu obezitate, spasmofilie, hipercorticism și hipotiroidie, 1% cu spasmofilie, hipotiroidie, insuficiență ovariană, 1% cu amenoree patologică, spasmofilie, hipotiroidie și hiperestrogenism, 1% cu hipotiroidie, hipoluteinism, obezitate, 1% cu adenom hipofizar, spasmofilie, tulburări de climax, 1% cu hipertiroidie, hipoluteinism, sindrom hipoanabolic și 1% cu hipotiroidie, obezitate, hiperestrogenie, hipoluteinism și tulburări de climax.

Din grupa de vîrstă 46—50 ani, 2% sînt diagnosticate cu hipotiroidie și tulburări de climax, 1% are în plus diagnostic de spasmofilie, 1% are numai spasmofilie și tulburări de climax, 2% au diagnosticul de spasmofilie și hipotiroidie, 1% are în plus diagnosticul de obezitate, 2% tulburări de climax și obezitate, 1% tulburări de climax, hipertiroidie, 1% cu diagnosticul și de insuficiență ovariană, 1% este diagnosticată cu tulburări de climax, obezitate, spasmofilie, hipertiroidie, 1% cu hipotiroidie, spasmofilie, hipercorticism, hiperestrogenism, 1% indrom Turner și spasmofilie și 1% cu tiroidită Hashimoto și spasmofilie.

Scanned with OKEN Scanner

Se poate observa predominanţa tulburărilor în funcţionalitatea tiroidei şi paratioridei, de multe ori chiar asociate, ceea ce confirmă datele din literatura de specialitate, care subliniază prezenţa incomparabil mai mare a tulburărilor de tip nevrotiform în comparaţie cu cele de tip psihotic şi în plus menţionează o creştere continuă a acestor tulburări, probabil într-un raport invers proporţional cu al tulburărilor psihotiforme — ca urmare a precocităţii diagnosticării tulburărilor tiroidiene şi creşterea eficacităţii măsurilor terapeutice. Spre deosebire de afecţiunile tiroidiene ca şi manifestările lor psihice, care sînt mult mai frecvente la vîrsta înaintată (vezi vîrsta 41—45 ani, 10% şi 46—50 ani, 8%, iar între 26—30 ani, 7%), tulburările psihice de spasmofilie nu prezintă diferenţe semnificative în funcţie de vîrstă (10% între 26—30 ani, 9% între 46—50 ani) (date confirmate şi de literatura medicală).

Se mai observă o frecvenţă mare a tulburărilor nevrotiforme la persoanele diagnosticate cu tulburări de preclimax şi climax — climaterium fiind un proces lent, în care se desfăşoară într-o succesiune determinată, fenomenele biologice ce-l caracterizează: scăderea treptată pînă la dispariţie a funcţionalităţii donadelor, involuţia tractului genital şi începutul regresiunii caracterelor sexuale secundare, iniţierea restructurării modelului neuro-psihic vegetativ, metabolic şi funcţional al perioadei adulte. Iniţierea acestor transformări multiple marchează începutul climacteriumului, iar finalizarea lor începutul primei etape a perioadei de senescenţă. Observaţia clinică ne arată că în această etapă la 15—20% din femei apar tulburări caracteristice unanim recunoscute ca fiind datorate menopauzei.

În studiul nostru, 27% din femei sînt diagnosticate cu tulburări de preclimax şi climax. De asemenea, sînt frecvente cazurile cu obezitate — boală complexă endocrină şi metabolică manifestată prin: hiperinsulinism, hiperglucagonism, hipercortizonism, hipogonadism, hipotiroidie, hiposomatotropism şi consecutiv hiperlipogeneză la nivelul ţesutului adipos şi arterial şi apariţia progresivă şi agravantă a creşterii ponderale, a tulburărilor homeostaziei lipidice, glicemice şi aminoacidemiei.

Din cele 100 cazuri analizate 12% sînt diagnosticate cu obezitate de grade diferite.

3. Factorul stare civilă, relevă că din 100 femei, 79 sînt căsătorite, 7 necăsătorite, 5 văduve, 3 divorţate, 2 recăsătorite şi 4 despărţite. Pe grupe de vîrstă, din grupa nr. 1 ambele persoane sînt necăsătorite; din grupa nr. 2 două bolnave sînt căsătorie, una necăsătorită; din grupa nr. 3, 13 sînt căsătorite şi una necăsătorită; din grupa nr. 4, 7 sînt căsătorite, una văduvă, două despărţite; din grupa nr. 5, 12 sînt căsătorite, una văduvă; grupa nr. 6, 19 căsătorite, două necăsătorite, una despărţită, una văduvă, una divorţată, una necăsătorită; din grupa nr. 7, 16 căsătorite, una necăsătorită, trei văduve, două divorţate, una recăsătorită; grupa nr. 8, 9 căsătorite.

Urmărind atent evoluţia manifestărilor se poate observa agravarea sau constanţa fenomenelor la femeile despărţite, recăsătorite, divorţate, dar şi la o parte din cele căsătorite care au un mediu familial nefavorabil. Şi la o parte din persoanele necăsătorite se observă o staţionare a fenomenelor. Probabil, este vorba de o sumare a ceea ce constituie idealuri, principii, automulţumire. Armonia de cuplu este condiţia principală a desăvîrşirii, face parte din însăşi persoana noastră.

4. În ceea ce priveşte nivelul de pregătire intelectuală, se constată că majoritate bolnavelor au absolvit şcoala elementară (de 4 sau 7 clase). Este scăzut numărul persoanelor care au absolvit o instituţie de învăţămînt superior, astfel: 25% au 4 clase, 25% — 7 clase, 10% şcoala profesională, 12% liceul teoretic, 9% liceul tehnic, 1% şcoală postliceală, 2% calificate la locul de muncă, 1% a terminat institut superior cu profil tehnic, 5% au absolvit alte instituţii superioare, 9% au şcoala elementară neterminată şi 1% este neşcolarizată.

5. La terminarea studiilor 62% aveau între 11—15 ani, 25% între 16—20 ani, 9% între 21—25 ani, 2% între 26—30 ani şi 1% între 31—35 ani. Din cele 100 de femei, 9% sînt casnice, 8% gestionare şi 7% croitorese, 7% confecţionere, 5% contabile, 4% laborante, 4% ambalatoare, 4% ţesătoare, 3% casiere, 3% planificatoare, 3% profesoare, 3% filatoare, 3% dactilografe, 2% muncitoare necalificate, 2% curiere, 2% telefoniste, 2% brodeze, 2% soră medicală, 2% camerite, 1% ingineră horticultor, economistă, 1% stenodactilografă, asistentă medicală, învăţătoare, secretară, încărcătoare vagoane, bobinatoare, taxatoare, ospătare, controlori C.T.C., coafeză, lucrător covoare, finisoare, alimentatoare, creator modele, infirmieră, zugravi, studentă.

Se observă o predominanţă a meseriilor care cer multă minuţiozitate, multă concentrare, continuă încordare, care suprasolicită atenţia (ţesătoare, croitorie, casieră, confecţioneră, dactilografă, stenodactilografă, lucrător covoare), a muncilor de răspundere cu supraîncordare şi suprasolicitare intelectuală (inginer, contabil, economist, planificator, student), a muncilor care pun nemijlocit omul faţă în faţă cu omul, care solicită multă răbdare, perseverenţă, înţelegere (profesor, învăţător, asistent medical, gestionar, ospătar, telefonist), a muncilor fizice grele cu ritm rapid, cu noxe la locul de muncă (ţesătoare, încărcător vagoane, muncitor necalificat).

De asemenea, din analiza fenomenelor reiese o mai mare frecvenţă la persoanele fără ocupaţie, casnice, la persoanele cu nivel de pregătire mai scăzut (9% casnice, 8% gestionare, 7% croitorese).

6. Cercetînd vechimea în profesie şi în cîmpul muncii a celor 89 bolnave cu activitate profesională se evidenţiază că 80% din ele au peste 10 ani de activitate în cîmpul muncii şi numai 9 sub 10 ani.

Astfel, 16 din cele 89 au vechime în profesie cuprinsă între 0—5 ani, iar în cîmpul muncii numai 9%; 6—10 ani au vechime în profesie 22 din cele 89 bolnave şi 19 în cîmpul muncii; 11—15 ani au 20 femei în profesie şi 21 în cîmpul muncii; 16—20 ani au vechime 21 femei în profesie şi 28 în cîmpul muncii; 21—25 ani au vechime 7 femei în profesie şi 8 în cîmpul muncii; peste 26 ani au 3 femei în profesie şi 4 în cîmpul muncii.

7. Se constată că din cele 89 femei salariate, 53 (60%) au continuitate în aceeaşi întreprindere şi numai 3 (3,3%) au schimbat de mai multe ori locul de muncă, lucrînd în 5 sau mai multe întreprinderi; 53 din 89 femei au lucrat într-o întreprindere, 20 în două întreprinderi, 12 în trei întreprinderi şi una în mai mult de 6 întreprinderi.

Deci, din 89 femei încadrate în cîmpul muncii, 53 au lucrat în aceeaşi întreprindere şi au avut aceeaşi meserie, iar 36 şi-au schimbat profesia, fenomenul fiind mai frecvent la vîrstele tinere.

Grupa de vîrstă	Au schimbat profesia		TOTAL
	DA	NU	
1	1	—	1
2	1	1	2
3	7	5	12
4	6	4	10
5	7	6	13
6	7	15	22
7	6	15	21
8	1	7	8
9	—	—	—
TOTAL	36	53	89

Scanned with OKEN Scanner

8. 30 din femeile cu activitate în producție au fost pensionate. Astfel, am constatat că o bolnavă a fost pensionată gradul I, 15 gradul II, 14 gradul III. O persoană din grupa de vîrstă 26—30 ani (gradul III), una din grupa de vîrstă 31—35 ani (gradul II), 2 din grupa de vîrstă 36—40 ani (gradul II și III), 9 din grupa de vîrstă 41—45 ani (6 gradul II, 3 gradul III), 11 din grupa 46—50 ani (3 gradul II și 8 gradul III), 5 din grupa 51—55 ani (3 gradul II și 2 gradul III).

Studiile epidemiologice demonstrează că bolile psihice exprimă o concentrare în focar a cauzelor de morbiditate generală și a factorilor sociali negativi (P. Brânzei). Cu alte cuvinte, este clar că pe lîngă cauzele biogene sau psihogene în provocarea tulburărilor psihice, factorii economico-culturali se răsfrîng totodată în mod semnificativ asupra dinamicii acestora, caracterizînd astfel integrativ însuși nivelul de sănătate mintală în evoluția unei anumite societăți. De aceea studiul gradului de pregătire intelectuală, analiza integrării în familie, colectivitate, producție, analiza comportamentului în aceste medii, analiza gradului de cultură și spiritualizare a posibilităților materiale și spirituale de trai are o importanță covîrșitoare în stabilirea diagnosticului, dar mai ales în luarea de măsuri profilactice și curative pentru recuperarea persoanei a cărei integritate psihică este amenințată.

Ameliorarea sau îndepărtarea, pe cît posibil a acestor factori de mediu extern cu evoluția bună a stării de sănătate, este o probă evidentă a influenței pe care o exercită asupra stării de bine a organismului în general și psihicului în special.

9. Analizînd mediul familial al acestor 100 bolnave am stabilit că patru din ele nu au pe nimeni : două din grupa de vîrstă 41—45 ani și două din grupa de vîrstă 46—50 ani ;

— 26% au familia compusă din doi membri : una din grupa 21—25 ani, 3 din grupa 26—30 ani ; două din grupa de vîrstă 31—35 ani, una din grupa 36—40 ani, 5 din grupa 41—45 ani, 8 din grupa 46—50 ani și 6 din grupa de vîrstă 51—55 ani ;

— 27% au familii compuse din 3 membri : una din grupa 21—25 ani, 7 din grupa 26—30 ani, 4 din grupa 31—35 ani, 4 din grupa 36—40 ani, 6 din grupa 41—45 ani și 5 din grupa dev îrstă 46—50 ani ;

— 23% au în familie patru membri : una din grupa nr. 1, 3 ding rupa nr. 3, 3 din grupa nr. 4, 4 din grupa nr. 5, 6 din grupa nr. 6, 3 din grupa nr. 7, 2 din grupa nr. 8 și una din grupa nr. 9 ;

— 13% au familii cu 5 membri : una din grupa nr. 4, 4 din grupa nr. 5, 4 din grupa nr. 6, 3 din grupa nr. 7, una din grupa nr. 8.;

— 5% au 6 membri def amilie : una din grupa nr. 1 (necăsătorită, întreținută de părinți), una din grupa nr. 3, una din grupa nr. 6 și una din grupa nr. 7 ;

— 2% din bolnave au familii compuse din 7 sau mai multe persoane : una din grupa nr. 2 și una din grupa nr. 6.

10 din cele 100 femei numai 48 au copii minori în întreținere, astfel : 24% au un singur copil, 15% au 2 copii, 9% 3 copii.

Pe grupe de vîrstă : din grupa de vîrstă 21—25 ani 2% au un copil, 1% au 3 copii ; din grupa de vîrstă 26—30 ani 5% au un copil, 2% au doi copii ; din grupa de vîrstă 31—35 ani, 4% au un copil, 5% au doi copii ; din grupa de vîrstă 36—40 ani, 6% au 1 copil, 3% au 2 copii, 4% au 3 copii ; din grupa de vîrstă nr. 4, 5% au un copil, 3% 2 copi, 2% 3 copii și din grupa nr. 7 de vîrstă, 2% au 1 copil, 2% au 2 copii și 2% au 3 copii.

Este evident că mai mult de 90% din bolnave au consolidată o familie, în care însă au condiții materiale și spirituale mai mult sau mai puțin favorabile. Alcătuirea unui cuplu implică o corespondență biologică, psihologică și mai ales afectivă, este sursă de echilibru, de generozitate umană, de altruism.

Realizarea acestei integrități în familie asigură normalul. Lipsa afectivității, a identtiății de principii și idealuri duce la crearea unei ambianțe adverse, duce la apariția unei stări tensionale, unei aversiuni psihologice, ceea ce influențează negativ activitatea și starea de sănătate a persoanelor.

11. Din cele 100 de bolnave studiate, 45 au un mediu familial nefavorabil (neînțelegeri, deosebire de principii, — temperament, lipsă de înțelegere și afectivitate), 39 au un climat favorabil, iar 16 au o ambianță ireproșabilă.

12. Și condițiile materiale, modul de trai, condițiile în care locuiesc au o influență asupra echilibrului psihic, asupra stării de sănătate.

a) Analizînd condițiile sanitare ale locuinței, alimentația bolnavelor, venitul lunar, am constatat următoarele : 3% din bolnave au un venit cuprins între 101—500 lei ; 16% au între 501—1 000 lei venit lunar ; 15% între 1 001—1 500 lei ; 19% între 1 501—2 000 lei, 7% au între 2 001—2 500 lei, iar 40% au un venit de peste 2 500 lei lunar.

Deci, peste 50% din bolnave au un venit lunar cuprins între 1 500 și peste 2 500 lei. Aproximativ 30% s-ar părea că au greutăți materiale, dar din acestea sînt persoane care trăiesc singure, nu au familii.

b) 16% dintre bolnave locuiesc într-o singură cameră, 46% au locuința formată din două camere, 38% au locuința formată din 3 camere.

c) Analizînd condițile sanitare în care locuiesc, a reieșit că 24% au condiții sanitare foarte bune, 53% au condiții sanitare bune și numai 23% au dificultăți datorate mediului în care locuiesc, din care 10% au condiții satisfăcătoare, 5% condiții negative și 8% condiții foarte rele.

d) Alimentația foarte bună am întîlnit-o la 15% din bolnave, 65 din bolnave avînd o alimentație bună și numai 20% au o alimentație necorespunzătoare (15% satisfăcătoare și 4% insuficientă).

Din cele 100 de cazuri, cîteva pun probleme destul de acute în ceea ce privește dificultățile materiale și chiar se observă că tulburările psihice nu sînt în regresie, staționează sau chiar au evoluție nefavorabilă.

13. Cercetînd condițiile la locul de muncă ale celor 89 femei am constatat că 22% din ele efectuează sau au efectuat muncă de noapte, 26% muncă grea, 4% muncă cu ritm rapid și 6% lucrează în mediu cu substanțe toxice ; 49% în mediu cu noxe de diferite naturi : 22% lucrează în zgomot, 13% în mediul poluat cu praf, 12% în mediul poluat cu scame și 1% în frig, 1% umezeală. Condiții dificile la locul de muncă cu noxe și supraîncordare sînt mai frecvent întîlnite la persoanele cuprinse în grupele de vîrstă 6 și 7 ; 38% sînt din grupa a 6-a, 27% din grupa a 7-a, 1% din grupa 1-a, 3% din grupa a 2-a, 13% din grupa a 3-a, 6% din grupa a 4-a, 9% din grupa a 5-a, 9% din grupa a 8-a și 1% din grupa 9.

14. Din antecedentele heredocolaterale reiese o predominanță a bolilor cronice și consumptive, doar cîteva bolnave avînd în familie persoane cu tulburări psihice.

a) *tatăl :*

16% din bolnave au în antecedente pe linie paternă diagnosticul de nevroză ; 1% au în antecedente epilepsie, 3% alcoolism cronic ; 4% au în antecedente ASC, 12% cu HTA, 2% boli vasculare periferice, 2% insuficiență cardiacă, 3% cardiopatie ischemică, 5% tbc pulmonar, 4% neoplasm pulmonar, 3% bronhopatii cronice obstructive, 1% diabet zaharat, 2% neoplasm esofagian, 1% afecțiuni digestive cronice, 3% afecțiuni renale cronice, 3% afecțiuni reumatismale cronice și 2% tetanos.

b) *mama :*

5% din bolnave au în antecedente pe linie maternă diagnosticul de nevroză ; 3% au în antecedente hipo-

Scanned with OKEN Scanner

tiroidie ; 1% epilepsie, 1% cu Parkinson, 15% cu hipertensiune, 3% cu insuficienţă cardiacă, 4% cu cardiopatie ischemică cronică, 1% tulburări de ritm, 1% stenoză mitrală, 3% ASC ; 6% tbc pulmonar, 2% bronhopatie cronică obstructivă, 1% diabet zaharat, 1% obezitate, 2% ciroză hepatică, 4% colecistopatii cronice, 1% colopatii cronice, 1% neoplasm laringian, 4% neoplasm de col uterin, 4% afecţiuni reumatismale cronice, 1% memningoencefalită, 1% tifos exantematic, 1% tetanos ; 1% malarie, 1% hepatită epidemică.

Se observă numărul crescut al bolilor cronice caracteristice vîrstei ; doar 9% au în antecedente boli psihice, 11% au în antecedente pe linie maternă boli de natură infecţioasă — este recunoscut în literatura ştiinţifică importanţa factorilor infecţioşi şi consecinţele lor negative asupra produsului de concepţie mai grave atunci cînd factorii amintiţi acţionează asupra unuia sau ambilor progenitori în mod cronic, asupra mamei în perioada de embriogeneză, riscul acţiunii lor, rămînînd evident însă pe toată perioada gestaţiei.

Pe linie paternă, 14% din bolnave au în antecedente tulburări psihice, din care 3% sînt cu alcoolism cronic (factorul toxic acţionînd şi el asupra produsului de concepţie).

c) Analizînd în generaţia a doua (fraţi, surori) numai 61% din bolnave recunosc existenţa unor afecţiuni la fraţii şi surorile lor, din care doar 20% recunosc existenţa de boli psihice în familie (1% diagnostic de schizofrenie, 13% diagnostic de nevroză, 1% epilepsie, 1% psihoză epileptică, 1% psihoză de involuţie pe fond ASC şi 3% cu diagnosticul de etilism cronic (restul de 41% sînt diagnostice de afecţiuni cronice de natură inflamatorie, tumorală, metabolică, după cum urmează : 2% au în familie persoane cu obezitate ; 1% au în familie persoane cu diabet zaharat ; 2% cu tbc osos, 3% tbc pulmonar, 6% hipertensiune arterială, 3% insuficienţă cardiacă, 2% stenoză mitrală, 1% neoplasm uterin, 3% ciroză hepatică ; 2% neoplasm gastric, 2% traumatisme cranio-cerebrale, 1% meningoencefalită, 1% afecţiuni renale cronice, 2% afecţiuni cronice digestive, 6% afecţiuni cronice reumatismale, 1% cataractă, 1% boală varicoasă, 1% tifos exantematic, 1% poliomielită.

d) În ceea ce priveşte antecedentele privind alte rude apropiate din familie, numai 18% din femei au menţionat existenţa în familie a unor persoane cu diverse afecţiuni din care 6 cu tulburări psihice, 1% fiind vorba de epilepsie, 1% schizofrenie şi 4% nevroză. 11% cu boli cronice : 2% hipertensiune arterială, 2% hepatită cronică, 2% tbc pulmonar, 1% purpură hemoragică, 1% reumatism cronic, 1% astm bronşic, 2% neoplasm uterin şi 1% febră tifoidă. Aceste afecţiuni au fost indicate de o bolnavă din grupa de vîrstă 26—30 ani, 3 bolnave din grupa de vîrstă 41—45 ani şi 14 bolnave din grupa de vîrstă 46—50 ani.

Constatînd un coeficient mic de boli neuropsihice la părinţi şi rude apropiate, putem crede că la bolnavele noastre nu se poate considera un sistem nervos slăbit ereditar sau congenital. 20% din bolnave au în antecedente afecţiuni psihice, din care 14% nevroză cu maximă frecvenţă la grupele de vîrstă 41—45 ani (7%) şi 46—50 ani (8%). În literatură, Constanţa Parnon-Ştefănescu indică 12% din cazurile studiate, iar Belciugeanu găseşte 3,4% boli psihice în antecedente.

15) Urmărind factorul antecedente personale am constatat o abundenţă de afecţiuni de natură variată începînd cu bolile copilăriei şi continuînd cu afecţiuni somatice de multiple etiologii. În totalitate am găsit 442 de diagnostice la cele 100 de cazuri — multitudinea de tulburări fiind acuzată de bolnavele de 41—45 ani (119%), 46—50 ani (119%) şi 51—55 ani 41%, cea ce concordă cu toate datele clinice şi din literatură — fiind cunoscute complexitatea modificărilor ce se produc în organism, existenţa crizei adaptive la noile condiţii bio-psiho-sociale pe care le impune perspectiva bătrîneţii.

— 8% din bolnavele grupei I, 22% diagnostice bolnavele din grupa a II-a, 37% diagnostice aparţin bolnavelor din grupa a III-a, 39% diagnostice aparţin bolnavelor din grupa a IV-a, 3% bolnavelor din ultima grupă.

Pe grupe de boli predomină următoarele :

1. *boli infecţioase acute.* Am găsit 119 diagnostice din care 64% bolile copilăriei şi 55% alte boli infecţioase : 6% reumatism articular acut, 8% hepatită epidemică, 8% tifos exantematic, 4% febră tifoidă, 23% malarie, 2% meningită (nu este menţionată etiologia), 3% disenterie şi 1% gonococie.

2. Am găsit diagnosticul de *boală endocrină* enunţat de 105 ori, din care 8% hipertiroidii, 28% hipotiroidii, 41% spasmofilie, 2% sindrom hipoanabolic, 3% hipocroticism, 2% hipercroticism, 3% hemoragii disfuncţionale, 3% amenoree patologică, 3% hipoluteinism, 8% obezitate, 1% insuficienţă ovariană, 1% heperestrogenism, 1% boala Hashimoto, 1% adenom hipofizar.

3. *Afecţiuni cardiace,* diagnosticate în şapte situaţii : 3% hipertensiune arterială, 1% stenoză mitrală, 2% cardiopatie ischemică, 1% tulburări de ritm.

4. *Afecţiuni pulmonare,* diagnostic întîlnit de 12 ori : 4% TBC pulmonar şi 8% inflamaţii pleuropulmonare.

5. *Afecţiuni digestive :* 40 diagnostice — 5% ulcer gastroduodenal, 13% alte afecţiuni digestive, 14% colecistopatii, 1% chist hidatic hepatic, 2% hepatită cronică, 5% parazitoze intenstinale.

6. *Afecţiuni renale,* am întîlnit 4 diagnostice din care 2% sindrom nefrotic, 2% infecţii urinare ;

7. *Afecţiuni ginecologice,* 27 de diagnostice din care 14% au fost diagnosticate cu infecţii cronice genitale, 8% cu tumori benigne genitale, 1% cu afecţiuni ale glandelor mamare, 1% cu molă veziculară şi 3% cu deviaţii şi deplasări ale organelor genitale.

8. *Afecţiuni ORL,* am întîlnit 31 diagnostice, din care 18% infecţii cronice şi 13% amigdalectomii.

9. *Afecţiuni oftalmologice,* 9 diagnostice din care 5% cu afecţiuni oculare cronice şi 4% cu vicii de acomodare.

10. *Boli alergice,* am întîlnit la 2% din cazuri.

11. *Boli dermatologice,* 7 diagnostice, din care un diagnostic de tbc ganglionar, un diagnostic eritem nodos, 1% cu eritem polimorf.

12. *Intoxicaţii acute* am găsit într-un singur caz.

13. *Boli chirurgicale,* 42 de diagnostice, din care 31% din femei cu apedicectomie, 1% ocluzie intestinală, 4% varice operate, 3% fracturi, 3% hemoroizi şi fisuri anale.

14. *Boli cronice de focar,* 3%.

15. *Afecţiuni osoase* de natură inflamatorie întîlnite de 26 de ori, din care 2% osteită şi 24% afecţiuni cronice reumatismale.

16. *Visceroptoză* la 3% din bolnave şi

17. *Traumatisme cranio-cerebrale,* 4%.

Se constată o predominanţă a bolilor infecţioase acute din prima copilărie (64%) şi a altor boli infecţioase (55%), predominanţa bolilor endocrine (105 diagonstice), incidenţa crescută a afecţiunilor digestive cronice (40 diagnostice), a afecţiunilor ginecologice (27), a afecţiunilor reumatismale (24) şi a bolilor cu rezolvare chirurgicală (42).

Prezenţa unui număr destul de mare de afecţiuni în antecedentele personale patologice, ar putea fi factor de sumaţie la afecţiunea endocrină de bază, constituind factor favorizant alături de ceilalţi analizaţi.

16. Din analiza unui alt factor — antecedentele persnoale fiziologice cuprinzînd date asupra fiziologiei persoanei din momentul concepţiei pînă la data luării în evidenţă, am constatat următoarele :

Scanned with OKEN Scanner

a) în ceea ce privește modul de evoluție a sarcinii, nașterii, prima copilărie, dezvoltarea psiho-motorie corespunzătoare vîrstei, nu se semnalează nimic nefiresc ;

b) din evenimentele deosebite din viața de copil am observat că 14% din bolnave au avut o supraîncordare ideoafectivă în perioada copilăriei, din care 1% din grupa de vîrstă a 3-a, 3% din grupa a 4-a, 3% din grupa a 5-a, 4% din grupa a 6-a, 2% din grupa a 7-a și 1% din grupa a 8-a ; 11% din femei au avut în perioada copilăriei un climat nefavorabil în familie, au asistat la frecvente conflicte familiale, au fost de nenumărate ori victime ale agresivității părinților. În copilăria lor au avut de suferit tocmai în perioada în care ființa are nevoie de afectivitate bine dozată, cînd el se formează, conștientizează realitatea înconjurătoare. Din cele 11%, 1% face parte din grupa de vîrstă 16—20 ani, 1% din grupa 26—30 ani, 2% din grupa 46—50 ani și 1% din grupa 51—55 ani ;

c) începutul școlii este la vîrsta de 7 ani pentru 93% din femei, 3% au mers la școală la 6 ani, 2% la 8 ani și 1% la 9 ani (din cauză de boală a fost internată 8 luni cu diagnosticul de sindrom nevrotic), 1% nefiind școlarizată. În timpul școlarizării, numai 13% au întîmpinat dificultăți avînd un randament scăzut, 2% dn ele fiind obligate de circumstanțe să întrerupă studiile pentru 1—2 ani (1% a fost bolnavă și a mers la școală la 9 ani, face parte din grupa de vîrstă 21—25 ani, 1% a întrerupt școala din cauza războiului) ; 87% au avut un randament bun, și doar 3% au avut o comportare mai deosebită în timpul școlarizării fiind copii mai dificili, neînțelegători, fără preocupări. Restul de 97% au avut o comportare ireproșabilă, chiar dacă au dat rezultate mai puțin mulțumitoare ; 22% din bolnave și-au însușit cunoștințele cu ajutorul părinților și 78% fără ajutor.

Deci este clar că din cele 100 de cazuri mai puțin de 10% au avut un oarecare grad de deficit mintal. Considerăm că am obținut un rezultat destul de subiectiv și poate mult alături de realitate, pentru că aprecierea vîrstei mintale, a coeficientului de inteligență se face pe baza a o serie de teste urmărind copilul de la vîrsta de 3 ani, teste obiective. Ceea ce bolnavele ne relatează sînt cu siguranță date mai puțin semnificative ;

d) am analizat apariția maturității sexuale și din cele 100 de cazuri, 88 se încadrează în limitele fiziologice astfel : 1% a avut prima menstruație la 11 ani (se consideră pubertate precoce, atunci cînd maturizarea sexuală apare înainte de 9 ani), 2% au avut menarha la 12 ani, 18% la 13 ani, 56% la 14 ani, 7% la 15 ani, 4% la 16 ani. La un număr de 12 bolnave semnele maturizării sexuale (prima menstruației, dezvoltarea glandelor mamare) au apărut la vîrsta de 17 și 18 ani — este deci vorba de o pubertate tardivă care poate fi familială (unul din părinți sau bunici au prezentat pubertate tardivă) sau pubertate tardivă din întîrzierea maturizării generale. În geneza acestor tulburări poate fi vorba de tulburări în funcționalitatea hipotalamo-hipofizară. Ar fi necesare efectuarea unor teste (stimulare prin clomifen și prin rellising-hormon) pentru a putea stabili cu certitudine un diagnostic. De aceea concluziile noastre nu sînt decît niște prezumții.

Din grupa celor 12, 1% face parte din grupa de vîrstă a 3-a, 4% din grupa a 5-a, 4% din grupa de vîrstă a 6-a, 1% din grupa a 7-a și 8% din grupa de vîrstă a 8-a.

37% din femei au menstruație fiziologică, 33% au menstruație dismenoreică, 19% au menstre abundente, 22% au ciclul menstrual neregulat cu tulburări vegetative (grețuri, vărsături, bufee, transpirații).

Pe grupe de vîrstă am observat că din grupa a I-a de vîrstă, 1% din bolnave prezintă ciclul menstrual fiziologic, 1% are ciclul cu tulburări ; din grupa a 2-a, 2% au ciclul fiziologic și 1% nefiziologic ; din grupa a 3-a, 5% au ciclul fiziologic, 9% nefiziologic ; grupa a 4-a, 3% ciclul fiziologic, 7% nefiziologic ; grupa a 5-a, 6% ciclul fiziologic, 7% nefiziologic ; grupa a 6-a, 10% ciclul fiziologic, 15% nefiziologic ; grupa a 7-a, 8 ciclul fiziologic, 15% nefiziologic ; grupa a 8-a, 2% ciclul fiziologic, 7% nefiziologic și grupa a 9-a, 1% ciclul nefiziolgic.

În total deci, 63% au ciclul menstrual nefiziologic. Prin caracteristicile sale (ritmicitate, durată, cantitate) menstruația exteriorizează clinic și confirmă desfășurarea normală a complexului de factori care o determină — complex hormonal, hipotalamul hipofizoovarian cu finalizare la nivelul endometrului. Prezența acestor tulburări relevă că cele 63 de femei au tulburări de diferite grade la diverse nivele (studiul ar trebui aprofundat). Tulburările în sfera hormonală se repercută asupra funcționalității sistemului nervos ;

e) Analizînd viața sexuală și fertilitatea celor 100 de bolnave, am observat că 91% din ele au avut una sau mai multe sarcini (puerperalitate fiziologică), din care 3% din grupa a 2-a de vîrstă, 14% din grupa a 3-a de vîrstă, 10% din grupa a 4-a de vîrstă, 14% din grupa a 5-a, 21 din grupa a 6-a, 20% din grupa a 7-a, 9% din grupa a 8-a și 1% din ultima grupă de vîrstă.

Este evident numărul de sarcini crescut la femeile cuprinse în grupele de vîrstă mijlocie. Din totalul de 319 sarcini, 217 sînt sarcini pe care le-au purtat aceste femei (grupa 5, 6, 7).

Din totalul de sarcini însă, 213 sînt avorturi provocate sau spontane și numai 106 reprezintă numărul născuților vii. Din cele 91 de femei fertile, 37 au în antecedente un număr de avorturi destul de ridicat (de la 1—20 avorturi).

Numărul sarcinilor pe grupe de vîrstă :

Grupa de vîrstă	Numărul de sarcini									
	1	2	3	4	5	6	8	9	9	Total
1										
2	3									3
3	2	3	1	3		1				29
4	3	2	1	1					2x10	34
5	3	2	1	1	1	1	1		12+16	61
6	4	2	3	4	1				10+12	60
7	3	4	1	2		2	1	2	2x18	96
8			1	2		1			15	32
9				1						4
Total :	18x1	13x2	8x3	14x4	2x5	5x6	2x8	2x9		319

Numărul mare de avorturi la grupele de vîrstă 4, 5, 6, 7 este evident. Sînt totuşi numai cîteva femei din aceste categorii : 4 din grupa a 4-a, 6 din grupa a 5-a, 8 din grupa a 6-a, 8 din grupa a 7-a şi 5 din grupa a 8-a.

Din cele 319 sarcini 106 sînt de fapt născuţi vii, ceea ce reprezintă un număr destul de redus de copii) — 23 de femei au cîte un copil, 18 au doi grupa a 2-a, 8 din grupa a 3-a, 6 din grupa a 4-a, 7 din grupa a 5-a, 13 din grupa a 6-a, 12 din grupa a 7-a, 4 din grupa a 8-a şi una din grupa a 9-a de vîrstă (total 54 de femei care au născut şi au crescut copii) — 23 de femei a cîte un copil, 18 au doi copii, 9 au 3 copii, 3 au 4 copii şi una şase copii.

Numărul avorturilor pe grupe de vîrstă :

Grupa de vîrsta	Numărul avorturilor 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	Total
1																				
2																				
3	2	2	1			1														15
3		1	1																	25
5		1	1		1			1		2										46
6	2	3			1							1								35
7	1	1	1					1		1		1								68
8		2	1						2									2		22
9		1													1					
Total :	5x1	11x2	5x3		2x5	1x6		2x8	2x9	3x10		2x12			1x15			2x18		213

S-ar putea crede că din numărul mare de avorturi o parte pot fi de etiologie endocrină, ceea ce nu putem susţine fără un studiu minuţios, pentru stabilirea unui diagnostic etiologic al avorturilor, lucru destul de dificil şi mai puţin necesar studiului pe care ni l-am propus. Este unanim recunoscut că în perioada puerperalităţii prin etiopatogenie multifactorială, pot apare reacţii psihopatologice a căror intensitate îmbracă nuanţe individuale. Autori clasici în descrierile lor aveau în vedere tulburările psihice de intensitate psihotică, întrucît bolnavele cu fenomenologie nevrotiformă nu se adresau medicului sau oricum nu erau internate.

Numărul copiilor născuţi vii :

Grupa de vîrstă	Numărul copiilor născuţi vii 1	2	3	4	5	6	7	8	Total
1									
2	3								3
3	4	3		1					14
4	3	3							9
5	3	3	2						15
6	6	3	3	1					25
7	4	4	2	1		1			28
8		2	2						10
9		1							2
Total :	23x1	21x2	9x3	3x4		1x6			106

Din cele 100 de bolnave, 7 au precizat că simptomatologia a apărut după o naştere (mai ales după prima naştere) sau după un avort — 3% din grupa de vîrstă 26—30 ani, 1% din grupa 36—40 ani şi 3% din grupa 41—45 ani.

f) 38% din cazurile studiate au trecut deja într-o nouă etapă a ontogenezei (climacterium), observaţiile clinice din literatura medicală stabilind că la 15—20% din femei apar tulburări caracteristice unanim recunoscute ca fiind datorate climacteriumului (patologia climacteriană apare în contradicţie cu clasarea lui ca etapă ontogenetică, vorbindu-se de un sindrom climacterian.

La cele 38 femei sindromul de menopauză se caracterizează prin prezenţa „vegetozei de menopauză" : frisoane, transpiraţii profuze (11 bolnave), valuri de căldură (21 bolnave), cefalee (16 bolnave), ameţeli (13 bolnave), tulburări neurologice, parestezii, emotivitate crescută, iritabilitate (12 bolnave). 27% din aceste bolnave au fost chiar diagnosticate cu „sindrom nevrotic pe fond de climax" — 5% din ele avînd menopauză chirurgicală (posthisterectomie totală sau subtotală ca tratament al uterului fibromatos), 3 din ele din grupa de vîrstă de 36—40 ani, una din grupa 41—45 ani şi o bolnavă din grupa de vîrstă 46—50 ani.

18. Cercetînd cauzele de apariţie a bolii am stabilit că la 27% din femei, boala a fost declanşată de suferinţe somatice, la 8% din cazuri de traumatisme cranio-cerebrale, la 17% din suprasolicitare, în 38% din cazuri fiind vorba de traume psihice în familie (repetate şi pe perioadă îndelungată, sau o traumă de intensitate maximă, unică). 7% din bolnave au constatat apariţia simptomatologiei după o naştere (de obicei prima), sau un avort, 3% cosecutiv unui deces în familie sau îmbolnăvirii unei rude apropiate, 16% din bolnavi corelează apariţia simptomelor cu existenţa unor conflicte le locul de muncă, iar 1% din femei consideră climaxul ca declanşator al bolii ; 17% din bolnave au relatat coexistenţa a doi factori importanţi ce au precedat instalarea tulburărilor psihice : de obicei suprasolicitarea fiind asociată cu traume psihice familiale sau conflicte la locul de muncă, suferinţe somatice.

Din grupa de vîrstă 16—20 ani, 1% din femei consideră suferinţa somatică primum movens, iar cealaltă bolnavă acuză continua suprasolicitare.

Din grupa de vîrstă 21—25 ani, 1% din bolnave consideră suferinţa somatică factorul primordial, 1% din ele relatează existenţa unui traumatism cranio-cerebral înainte de apariţia bolii, iar 1% ne relatează că suprasolicitarea este factorul declanşator.

Din grupa de vîrstă cuprinsă între 26—30 ani, 2% din bolnave corelează apariţia bolii cu suferinţele somatice pe care le au, 1% cu un traumatism cranio-cerebral, 1% cu suprasolicitarea, 4% cu traume psihice familiale, 3% constată instalarea semnelor de boală postpartum şi 2% datorită conflictelor avute la locul de muncă ; 1% consideră drept cauză de boală doi factori declanşatori : suprasolicitarea şi trauma psihică familială.

Scanned with OKEN Scanner

Din grupa de vîrstă 31—35 ani, 1% au cauză de apariție a bolii suferința somatică la care se adaugă traumele psihice familiale, 1% traumatismul cranio-cerebral, 2% suprasolicitarea, 5% traume psihice familiale, la o bolnavă apar manifestările morbide după decesul unei rude apropiate și la o altă bolnavă datorită conflictelor de la locul de muncă.

Din grupa de vîrstă 31—40 ani, 3% din femei observă că apariția bolii este precedată de existența unor suferințe organice, pentru 3% de suprasolicitare, 3% de traume psihice în familie, 1% de suferințe somatice, sumate cu traume psihice în familie, 1% de sarcină, iar la ultimile două de conflicte la locul de muncă.

Din grupa de vîrstă 41—45 ani, 4% au precedată boala de suferințe organice, 3% de suferințe organice asociate cu traume psihice în familie, 3% de traumatisme cranio-cerebrale, 1% de suprasolicitare, 1% de suprasolicitare și nemulțumiri la locul de muncă, 7% de conflicte familiale, mediul familial nefavorabil, 3% au manifestările morbide precedate de sarcină, 2% de decesul unor persoane apropiate, ultimele două de conflicte la locul de muncă și mediul familial nefavorabil.

Din grupa de vîrstă cu persoane între 46—50 ani, 5% recunosc ca factor declanșator suferințele somatice, 1% suferințele somatice plus conflicte la locul de muncă, 2% traumatisme cranio-cerebrale, 4% suprasolicitarea, 6% traumatisme psihice în familie, 6% conflicte la locul de muncă.

3% din persoanele de vîrstă între 51—55 ani au factor cauzator de boală suferințele organice, 2% suprasolicitarea, 4% traumele psihice din familie iar 1% suferințe somatice asociate cu traume psihice în familie.

Persoanele din ultima grupă de vîrstă consideră suferințele organice ca factor cauzator al bolii. Se poate observa că la persoanele de vîrstă tînără (21—35 ani) predomină ca factor ce a precedat apariția bolii suprasolicitarea, conflictele de familie și la locul de muncă, sarcina sau avortul.

La persoanele de vîrstă înaintată (40—60 ani) se observă o predominanță a suferințelor organice (fenomene subliniate și la analiza antecedentelor personale patologice), conflicte familiale și la locul de muncă, suprasolicitarea.

Nu vom privi etiologia sindroamelor aflate în studiu prin prisma monocauzalismului. Am încercat să stabilim factorii psihici traumatizanți care determină apariția nevrozei cînd o serie de factori favorizanți slăbesc sau modifică reactivitate psihică și nervoasă particulară fiecărui subiect. Nu trebuie omis rolul factorilor predispozanți care creează baza reacțională, terenul psihic și somatic asupra căruia acționează factorii traumatizanți.

19. Simptomatologia de debut în cazul celor 100 bolnave studiate este foarte apropiată de cea descrisă clasic :

— 74% din bolnave au constatat apariția unei cefalei de diverse intensități, ritmicitate și localizare. Cele mai multe descriu cefaleea ca un „cerc metalic în jurul capului", altele au senzația de „cap de plumb", iar altele descriu o durere în cască. Cele mai multe se plîng de o cefalee continuă cu exacerbări în situații conflictuale, supraîncordare sau către seară (după încetarea activității). Alteori cefaleea are caracter localizat fiind mai frecvent fronto-occipitală (simptomul este constatat și în perioada de stare cu aceleași caracteristici) ;

— 49% din femei acuză insomnie. În faza de debut cele mai multe vorbesc de fapt de un somn neodihnitor și de o somnolență diurnă. Numai 2% din femei au observat instalarea unei stări de somnolență, chiar dacă dormeau 10—12 ore pe zi. Bolnavele sînt trezite din somn și din cauza trăirilor terifiante legate de visele cu conținut de coșmar (26% din bolnave) ;

— 16% din bolnave se plîng de o marcată astenie fizică, o stare de epuizare care nu poate fi depășită. Această oboseală preexistă efortului ;

— 38% din femei sesizează apariția unei stări de iritabilitate neexplicată, o stare de labilitate psihoafectivă (31% din bolnave), tulburări de echilibru.

Din cele 100 de cazuri, 14 au avut la debut stări lipotimice, stări depresive, o scădere vizibilă a capacității de lucru ; 11% din bolnave acuză stări psnibile cenestopatice ; 10% anxietate, 9% parestezii ale extremităților sau generalizate, 8% astenii intelectuale ; 9% tulburări mnezice ; tremurături ale extremităților sau generalizate acuză la debut 7% din femei ; palpitații 6%, dispoziție neplăcută 4%, valuri de căldură 3% și numai 1% din femei au observat de la început instalarea cuplului obsesivo-fobic. Toate aceste simptome de debut persistă și în perioada de stare, cu aceleași caracteristici sau modificări.

20. Din cele 100 bolnave, 52 prezintă o stare generală nemodificată, 10% au modificări ale aspectului tegumentelor, 23% au modificări ponderale, (16% fiind hiperponderale, 7% subponderale), 20% prezintă deficiențe de dentiție. Nici una din bolnave nu are starea generală puternic modificată, alterată.

Perioada de stare a afecțiunilor psihice coexistă cu o serie de alte boli de organ. Putem considera că de fapt s-a realizat un cerc vicios pentru că este bine știut că un număr mare de boli somatice determină modificări importante în personalitatea bolnavei și acestea, la rîndul lor, printr-un mecanism de feedback influențează evoluția bolii somatice împiedicînd procesele de vindecare sau agravînd-o, ori dînd naștere unei serii de complicații.

Decelarea bolilor organice ca și a celor psihice este de mare importanță pentru evoluția ambelor manifestări.

Bolnavele studiate au o multitudine de boli organice care probabil întrețin și sînt întreținute de tulburările psihice. Astfel : 48 de bolnave au spasmofilie, 10 hipertiroidie, 33 hipotiroidie, 4 hiperestrogenism, 17 obezitate, 3 hipocorticism, 2 hipercorticism, 3 hipoluteinism, 2 sindrom hipoanabolic, 1 insuficiență ovariană, 1 boală Hashymoto, 1 sindrom Turner, 1 adenom hipofizar.

— 7 bolnave au afecțiuni cardiace : 5 hipertensiune arterială, 1 stenoză mitrală, 1 cardiopatie ischemică cronică ;

— 5 bolnave au diagnosticate afecțiuni pulmonare — bronhopatii cronice obstructive ;

— 33 sînt diagnosticate cu afecțiuni ginecologice : 24 cu inflamații cronice genitale din care două de natură T.B.C., două cu retroversie uterină, una cu prolaps genital, 3 cu hemoragii disfuncționale, 3 cu tumori genitale ;

— 42 din bolnave au afecțiuni digestive, din care 16 colecistopatii, 4 parazitoze intestinale, 3 hepatită cronică, 5 ulcer gastric sau duodenal și 14 alte afecțiuni digestive ;

— cu afectarea sistemului osos, sînt 25 din bolnave : una cu osetită ți 24 cu afecțiuni reumatismale cronice ;

— 4 din cazurile studiate au suferințe de natură renală : 2 sindrom nefrotic și 2 infecții cronice ;

— 11 din cele 100 bolnave sînt purtătoare a unor infecții cronice de focar : 9 de natură ORL și 2 de natură dentară ;

— 5 bolnave au tulburări de acomodare : 6% au afecțiuni vasculare periferice (4% boală varicoasă și 1% tromboflebită, 1% tromangeită obliterantă) ;

— 6% din cazuri acuză stări alergice de diferite etiologii : 3% medicamentoasă, 2% alimentară și 1% datorată prafului de cameră ;

— 2% sînt diagnosticate cu nevralgie craniană, 3% cu visceroptoză și 1% cu hernie ombilicală.

Foarte frecvente sînt afecțiunile somatice la gurpele de vîrstă 26—30 ani, cele 14 femei din această grupă

au 30 de diagnostice; cele din grupa de vîrstă 31—35 ani în număr de 10 au 22 de diagnostice; din grupa 36—40 ani 13 la număr au 27 de diagnostice; cele 25 bolnave care formează grupa de vîrstă 41—45 ani au 83 de diagnostice (predominînd afecţiunile endocrine, afecţiunile ginecologice şi cele reumatismale).

Cele 23 de femei din grupa de vîrstă 46—50 ani sînt diagnosticate cu 78 afecţiuni la nivelul diverselor organe (predomină aceleaşi afecţiuni amintite mai sus). Am găsit 28 de diagnostice la bolnavele din grupa 51—55 ani (9 la număr), o afecţiune din care bolnava din ultima grupă de vîrstă; cîte un diagnostic cele două persoane din grupa de vîrstă 16—20 ani şi 10 diagnostice pentru persoanele din grupa 21—25 ani.

În general putem supne că nu este nici un caz din cele studiate fără să sufere o anume afecţiune somatică — factor favorizant şi în acelaşi timp favorizat în evoluţia lui de tulburările psihice.

21. La cîteva din femeile studiate am constatat şi existenţa unor tulburări neurologice. Tabelul ce urmează va reflecta situaţia stabilită în această privinţă.

Grupa de vîrstă	Parestezii	Tulb. de echilibru	Vertije	Hiperacuzie	Rot. modif.	Total
1						
2				1		1
3	6		1	2		9
4		1	2			3
5	4		7	1		12
6	6	2	5	3	1	17
7	4	2	8	3		17
8	4	2	3	1		10
9			1			1
TOTAL:	24	7	27	11	1	75

În perioada de stare am reîntîlnit simptomele de debut amplificate şi mai bine conturate la care s-au adăugat noi tulburări în totalitate atingînd cifra 50.

Cel mai frecvent este acuzată *cefaleea* — 88% din femei; o parte descriind-o ca „un cerc metalic în jurul capului" altele ca „o greutate", altele o localizează mai ales frontal sau fronto-occipital. La cele mai multe are un caracter continuu cu exacerbări mai ales după terminarea lucrului, la o mică parte apare în salve avînd caracter migrenoid.

La mai mult de 74% nu cedează la nici un fel de tratament. La restul se ameliorează după consumul unor cantităţi masive de antinevralgice (10—12 comprimate pe zi). De multe ori cefaleea trezeşte bolnavul din somn, e chinuitoare (aproape toate cazurile studiate);

71% din bolnave se plîng de tulburări ale ritmului somn-veghe: 65% au *insomnie* şi numai 6% au hipersomnie;

41% din cazuri au un somn întrerupt de *coşmaruri*, somnul este neodihnitor; „dimineaţa mă scol mai obosită", spun bolnavele;

59% din bolnave au *labilitate* psiho-emoţională. Bolnavele arată că au devenit „mai sensibile" şi „impresionabile", izbucnesc în lacrimi fără motiv. Multe din bolnave au observat că nu le mai place colectivitatea, doresc singurătatea, se izolează (26%).

47% din ele se plîng de o diminuare a memoriei, mai ales a memoriei de fixare, dar cîteva din ele relatează că se întîlnesc cu persoane cunoscute pe care nu le mai recunosc, nu ştiu cum le cheamă, de unde sînt". Foarte frecvent este expresia: „uit de unde sînt".

O iritabilitate exagerată am întîlnit la 50% din femei.

32% se plîng de tripla astenie, 23% de scăderea capacităţii de muncă, 18% sînt necăjite de diminuarea atenţiei; 26 din ele au stări depresive, cu dispoziţie tristă, deprimată, uneori ajungînd pînă la durere morală (două din femei) pînă în pragul unor tentative de suicid (25% din femei). Alte bolnave sînt continuu neliniştite, simt o permanentă stare de frămîntare, de anxietate (19%) din cazuri.

La 31% din femei simptomatologia este dominată de trăiri penibile *cenestopatice*, uneori cu caracter mutant, alteori deosebit de jenante prin persistenţa lor apreciată la nivelul unor organe de importanţă vitală. Pacientele precizează că „le înţeapă", le furnică, le apasă, le strînge ca într-o menghine, le merg gîze pe sub piele".

Palpitaţiile sînt acuzate de 28% din femei, altele „se sufocă, au un nod în gît" — cele mai multe, 90%. Unele au „arsuri la stomac", îl simt greu. Am observat că sînt mai frecvent întîlnite cenestopatiile la femeile cu nivel de instruire mai scăzut.

55% din bolnave au trăiri *obsesivo-fobice* (cel mai adesea au obsesia morţii, tanatofobie, farmacofobie, zoofobie, fotofobie, claustrofobie, nosofobie), dar am observat că bolnavele îşi păstrează simţul critic faţă de aceste tulburări, se jenează şi le împărtăşesc mai greu celor din jur. Cîteva din bolnave au obsesii ideative: de exemplu o bolnavă relata că foarte des în timpul zilei se surprinde repetînd acelaşi cuvînt de zeci de ori. Unele au idei obsesive de cele mai multe ori legate de tema de moarte, de veşnicie. Din cele spuse de 12 bolnave, reiese că au „mania verificărilor". Ele relatează că de multe ori li se întîmplă să fie preocupate, nesigure de ceea ce au făcut, ceea ce le obligă să controleze de nenumărate ori („de multe ori m-am întors din drum temîndu-mă că am uitat fierul de călcat în priză").

La o mică parte din cele 100 cazuri — 18 numai, am întîlnit halucinoze vizuale şi auditive — aud şoapte, se aud strigate, văd umbre. 36% recunosc că se tem de ceva, dar nu ştiu de ce". Au deci o frică atemică; 18% sînt impulsive „sparg tot ce găsesc".

Unele se plîng de logoree (11%, comunică cu dificultate, bradilalie 1%).

26% au tulburări neuro-vegetative: ameţeli, bufee, inapetenţă, tulburări de echilibru, tremurături, transpiraţii, eipotimie, crampe musculare.

8% din cazuri sînt preocupate de modificările ponderale pe care le-au observat (3% au scăzut în greutate, 5% au crescut în greutate). Sînt amintite şi tulburările de vedere sub forma senzaţiei de ceaţă şi fosfene 7%, tulburări auditive (acufene) de 4% din femei şi parestezii la 23 bolnave,

La 15% din femei se observă o autoindiferenţă (8%) şi alloindiferenţă (7%).

Ceea ce este interesant e că 8% din femei relatează că simt continuu „un miros de carne alterată" (cacosmie).

15% din femei manifestă o continuă preocupare pentru propria stare de sănătate, se tem de boală, se consideră grav bolnave şi cred că nu se vor mai vindeca niciodată.

3% au tulburări de comportament, 5% au gîndire lentă şi lacunară, 1% din bolnave are tulburări de schemă corporală („mi se pare că mă măresc, cresc, cresc enorm şi apoi mă micşorez").

Din multitudinea de simptome enumerate la femeile din grupa de vîrstă 26—30 ani, am întîlnit 110 simptome; la cele din grupa 31—35 ani şi 36—40 ani, 94 simptome; la grupa de vîrstă 41—45 ani 267 simptome; la cea între 46—50 ani, 167 simptome; 97 simptome la cele 9 femei din grupa de vîrstă 51—55 ani.

Scanned with OKEN Scanner

La vîrstele extreme simptomele sînt mai reduse ca număr, cu alte cuvinte boala este mai săracă în manifestări clinice. La cele 25 de femei din grupa a 6-a de vîrstă, predomină cefaleea (23%), insomnia (19% din femei), coșmarurile (11%), iritabilitatea (13%), preocupările obsesivo-fobice (23% din femei), frica atematică (8%), tulburările mnezice (18% din femei), labilitatea psiho-emoțională (14%), cenestopatii (15%).

Din grupa a 7-a de vîrstă, la cele 23 femei cefaleea este prezentă la 17, insomnia la 15, coșmarurile la 12 femei, iirtabilitatea la 10, tulburările de memorie la 10% din femei.

Din totalul de 100 bolnave, 77 au fost internate odată sau de mai multe ori la spitale de psihiatrie: 37% o singură dată, 22% de două ori, 9% de 3 ori, 5% de 4 ori, 2% de 5 ori și 2% de mai mult de 5 ori. Cele mai multe internări au bolnavele din grupa de vîrstă 41—45 ani — 20% și 46—50 ani — 17%. Celelalte grupe sînt reprezentate astfel: 2% din grupa de vîrstă 16—20 ani, 2% din grupa de 21—25 ani, 12% grupa 26—30 ani, 17% grupa 31—35 ani, 8% grupa 36—40 ani, 8% grupa 51—55 ani și 1% grupa 56—60 ani.

Pe grupe de vîrstă:

Grupa de vîrstă	Numărul de internări:						
	1	2	3	4	5	6	TOTAL
1	2						2
2	1	1					2
3	7	4	1				12
4	4	1	1				7
5	4	2	1	1			8
6	4	4	2	2	1		20
7	11	7	2	1	1	2	17
8	4	2	1	1			8
9		1					1
TOTAL:	37	22	9	5	2	2	77

Din aceste 77 bolnave, 20% au fost spitalizate 0—5 zile, 27% 6—10 zile, 16% 11—15 zile, 8% 16—20 zile, și 6% peste 21 zile. Un număr mai mare de spitalizări avînd bolnavele din grupa de vîrstă a 3-a (12%), a 4-a (7%), a 5-a (8%), a 6-a (20%) și 17% grupa a 7-a de vîrstă.

Grupa de vîrstă	Zile internări psihiatrie					
	21	6-10	11-15	16-20	0-5	TOTAL
1		1	1			2
2		1	1			2
3	3	3	1	2	3	12
4	2	2	2	1		7
5		2	3	3		8
6	7	8	3	1	1	20
7	4	8	2	1	2	17
8	4	1	3			8
9		1				1
TOTAL:	20	27	16	8	6	77

37% din femei au fost internate și în alte clinici, astfel: 16% au fost internate într-o singură clinică, 6% în două clinici, 10% în 3 clinici, 3% în 4 clinici, 2% în 5—6 clinici, și anume: 1% din grupa 1-a, 1% din grupa a 2-a de vîrstă, 6% din grupa a 3-a de vîrstă, 3% din grupa a 4-a de vîrstă, 3% din grupa a 5-a, 8% din grupa a 6-a, 11% din grupa a 7-a și 4% din grupa a 8-a de vîrstă.

Grupa de vîrstă	Nr. internări în alte spitale						
	1	2	3	4	5	6	TOTAL
1	1						1
2			1				1
3	3	1	1			1	6
4	1	1	1				3
5	2				1		3
6	1	1	4	2			8
7	6	2	2	1			11
8	2	1	1				4
9							
TOTAL:	16	6	10	3	1	1	37

Concluzii. 1. Nevroza este o boală cu etiologie multifactorială. Din studiul efectuat am constatat că alături de trauma psihică existentă au acționat o serie de factori favorizanți.

2. Conflictul psihic poate îmbrăca diferite aspecte în funcție de însăși aspectele vieții psihice a individului, aspectul condițiilor de trai, raporturile sociale și mediul lui social. Frecvență maximă în declanșarea nevrozei au avut conflictele familiale și la locul de muncă, supraesolicitarea și suferințele somatice.

3. Dintre factorii favorizanți atenție deosebită trebuie acordată factorilor de natură somatică, afecțiunile de organ fiind foarte frecvente la bolnavele studiate. Este foarte importantă cunoașterea acestui factor nu numai pentru că el este deseori dezlănțuitor al nevrozei, ci și pentru că, atunci cînd nu este îndreptat, poate contribui la întreținerea nevrozei.

4. La cele 100 bolnave studiate am găsit 176 diagnostice de boli endocrine, multe din ele avînd chiar 2—3—4 afecțiuni; nu se poate afirma că în toate cazurile endocrinopatia a declanșat nevroza; putea fi doar o coincidență sau corelație inversă, nevroza declanșată de alți factori să producă modificări în sfera endocrină. Cert este că ele, coexistînd, se întrețin reciproc.

5. Manifestările nevrotiforme sînt mai frecvente la perosanele de vîrstă mijlocie (41—45, 46—60 ani), probabil datorită unei sumații a factorilor fiziologici, fiziopatologici, social-culturali cu rol în determinarea nevrozei.

6. În urma analizei efectuate nu putem spune că există nevroză determinată de un singur factor, nu putem formula decît rar un diagnostic de nevroză constituțională pentru că nu putem ignora existența celorlalți factori, socio-profesionali, instructiv-educativi, rolul suferințelor viscero-umorale și al transformărilor fiziologice din diferitele etape de viață endocrină a femeii; se poate vorbi de sindroame nevrotiforme.

7. Ținînd cont de multicauzalitatea sindroamelor nevrotiforme trebuie dusă o muncă susținută de profilactizare, de apărare și asigurare a sănătății mintale urmărind corecta formare a omului încă din copilărie prin înlăturarea tuturor conflictelor care ar putea juca rol declanșator al suferințelor psihice.

8. În condițiile actuale de dezvoltare impetuoasă a societății, sînt necesare măsuri de orientare cît mai adecvată a membrilor societății după aptitudini, după capacitatea și pregătirea lor, ceea ce va micșora mult riscul dezadaptativ și în general riscul de îmbolnăvire prin nevroză.

Scanned with OKEN Scanner

CONTRIBUŢII SOCIOPSIHIATRICE ASUPRA PENSIONARILOR PENTRU CAUZE MEDICALE

C. Postelnicu, A. Socol
— Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola" — Iaşi

Pensionarul în general, dar mai ales pensionarul cu statut de „beneficiar" al unei boli invalidante este o persoană des întîlnită în viaţa de toate zilele a societăţii contemporane, îndeosebi în practica cotidiană a acordării asistenţei medicale. Ca fenomen social, socio-economic şi socio-psihologic pensionările sînt o realitate cu care sînt confruntate tot mai frecvent cercuri *variate şi diverse*, atît de persoane interesate a beneficia direct sau indirect, imediat sau în perspectivă de atari măsuri de securizare socială, cît şi factorii antrenaţi în responsabilităţi profesionale faţă de o asemenea problemă (medici, psihologi, sociologi, jurişti, economişti, ergonomişti, politologi etc.).

În ultima vreme, la noi în ţară problema incapacităţi permanente de muncă şi a implicaţiilor sale are o pondere deosebită din partea afecţiunilor cardiovasculare (15,2%) şi bolilor psihice (14,4%). Bolile cardio-vasculare şi bolile psihice alcătuiesc prin urmare aproape 30% din totalul morbidităţii invalidante, constatare care nu mai are nevoie de comentarii pentru a demonstra marea lor importanţă socio-economică. Unele elemente semnificative indică şi profilul profesional ca şi ramura de activitate productivă unde au profesat pensionarii înainte de recunoaşterea invalidităţii. În statistica noastră de la sfîrşitul anului 1976 distribuţia pensionarilor în sociale a stat în atenţia celor mai înalte foruri de decizie politică şi legislativă (cf. NICOLAE CEAUŞESCU — Ziarul „Scînteia" nr. 10873/4 august 1977 şi nr. 10880/12 august). Diversele aspecte legate de drepturile şi obligaţiile pensionarilor au făcut, de altfel, obiectul a numeroase lămuriri şi explicaţii în presa de mare tiraj (cf. ziarele Scînteia, România liberă, Munca, etc., din lunile de vară ale anului 1977).

În pofida acurateţei şi importanţei sociale a pensionărilor şi problematicii multilaterale a pensionarului, în literatura de specialitate, atît pe plan mondial, cît şi pe plan naţional lipseşte un studiu multidisciplinar de mare amploare asupra acestui fenomen, cu importante şi permanente implicaţii socio-economice şi de politică de stat în domeniul asigurărilor sociale. Este foarte puţin probabil că în cercetările socio-psihiatrice privind pensionarul pentru motive medicale să apară studii similare şi de amploarea celui coordonat şi editat de SAMUEL STOUFFER privind pe militari (cf. The American Solidier). Pentru realităţile sociale contemporane socotim că o cercetare de mare amploare asupra pensionarului în general şi a pensionarului medical în special se impune stringent, ca o necesitate de stabilirea unei atitudini sociale bazată pe elemente ştiinţifice şi nu ca un exerciţiu academic epistemologic. În acest sens nu trebuie uitat faptul că la mijlocul anului 1977 în condiţiile ţării noastre existau aproximativ 300 000 pensionari în gradul III de invaliditate. Dat fiind faptul că personalul din întreprinderi şi instituţii era în aceeaşi perioadă de aproximativ 6,5 milioane angajaţi, rezultă că în condiţiile ţării noastre la circa 20 persoane cu statut de angajat în cîmpul muncii există un pensionar medical cu capacitate redusă de muncă.

Datele noastre arată că în condiţiile socio-culturale şi economice ale judeţului Iaşi numărul de bolnavi pensionari medicali în general, şi pentru afecţiuni psihice în special rămîne totşi la indici ridicaţi, deşi respectivul judeţ posedă o bază materială medico-sanitară şi cadre care depăşesc cu mult media pe ţară şi chiar indicatorii prevăzuţi de O.M.S. (numărul de paturi de psihiatrie este de peste 2% iar un medic psihiatru este la o populaţie de 30 000 locuitori). Acest fenomen se constată pe fondul unor preocupări permanente şi susţinute de creştere a exigenţei şi nivelului tehnic şi administrativ al expertizei medicale a capacităţii de muncă, a unei atitudini permanente de reducere a morbidităţii invalidante şi de recuperare a forţei de muncă.

Din datele existente la nivelul judeţului Iaşi rezultă că anual la un număr de circa 140—150 salariaţi, o persoană devine pensionar medical şi aceasta în condiţiile în care salariaţii formează circa 20% din totalul populaţiei. O asemenea atriţie a forţei de muncă pentru motive medicale, cu perspective de progresiune în fiecare an, a devenit îngrijorătoare pentru rezolvarea planurilor de perspectivă ale societăţii. Subliniem faptul că la sfîrşitul anului 1976 în evidenţa reţelei de expertiză şi recuperare a capacităţii de muncă se aflau în judeţul Iaşi 10 930 pensionari pentru diverse afecţiuni cu caracter invalidant, cu următoarea distribuţie în raport cu încadrarea administrativă a pensiei: 60% pensionari în sistemul asigurărilor sociale de stat, 10% în sistemul de asigurări sociale ale C.A.P., 26% alte categorii (urmaşi de salariaţi, invalizi de război, militari în termen etc.). Datele noastre sugerează că la nivelul judeţului Iaşi, la un număr de circa 60—65 persoane trăieşte un pensionar medical, iar la 14—15 angajaţi există o persoană cu statut social de pensionar medical.

O atenţie deosebită impun pensionarii din sistemul asigurărilor sociale de stat atît prin pondere lor numerică, cît şi implicaţiile socio-profesionale pe care le generează prin ieşirea din cîmpul muncii. În cadrul asigurărilor sociale de stat în judeţul Iaşi, în anul 1975 au fost înscrise 1 051 cazuri noi de pensionari, iar în 1976 un număr de 1 035. Aceasta înseamnă că anual la circa 700 persoane din totalul populaţiei (active şi inactive) o fiinţă umană îşi pierde statuttul social de salariat şi implicit capacitatea sa de a se angaja în munci productive. La sfîrşitul nului 1976 pensionarii de invaliditate cuprindeau o structură a cauzelor morbidităţii care indica raport de principalele ramuri ale economiei naţionale era următoarea: industrie 38,9%, construcţii 11,1%, agricultură şi silvicultură 8,02%, transporturi şi telecomunicaţii 12,4%, alte ramuri ale economiei naţionale 10,4%. În raport de ponderea acestor categorii la numărul mediu scriptic de salariaţi, reiese că angajaţii din industrie, transporturi şi telecomunicaţii dau cel mai mare număr de pensionari în raport cu celelalte categorii profesionale.

În observaţiile noastre o atenţie deosebită merită gradul III de invaliditate. Ponderea invalidităţii de acest gen, deşi inferioară procentual celei de pe ansamblul ţării, a fost în 1975 de 53,2%, iar în 1976 de 49,8% din ansamblul pensionărilor pentru motive medicale. Datorită unui complex de factori, care nu fac obiectul unei analize de principiu în acest studiu, pensionarii medicali cu gradul III de invaliditate prezintă o proporţie redusă de încadrări în muncă. În perioada anilor 1974—1976 proporţia de pensionari de gradul III reîncadraţi în muncă a fost în judeţul Iaşi tot timpul sub 30%, respectiv 16,2% în 1974, 25,3% în 1975 şi 29,8% în 1976. Cifrele acestea sînt mai mult decît concludente pentru a demonstra slaba angajare în cadrul populaţiei active a persoanelor la care se oficializează, la un

Scanned with OKEN Scanner

nivel de apreciere tehnică dintre cele mai competente, o reducere a capacității de muncă. Subliniem acest fapt, deoarece în perioada respectivă expertizele medicale privind capacitatea de muncă s-au efectuat în condițiile unei exigențe tehnice și administrative deosebite, iar măsurile de recuperare medico-profesională au fost în permanentă în atenția medicilor terapeuți, ca și a rețelei de expertiză și recuperare a capacității de muncă. Aceasta înseamnă după cum am subliniat deja, că de fapt incriminarea unei coluziuni între medici și pacienți în problema pensionarilor poate fi socotită ca fiind redusă la valori nesemnificative.

În ansamblul morbidității cu caracter invalidant, o pondere deosebită ocupă morbiditatea prin boli psihice. În această perioadă ea s-a situat pe locul al II-lea, depășind substanțial valorile medii pe țară (11%) fiind de 20,50% în 1974, de 16,7% în 1975 și 14,3% în 1976, față de totalul morbidității cu caracter invalidant. Invaliditatea prin boli psihice își menține valorile procentuale ridicate în special pe seama afecțiunilor de tip neurotic și a psihopatiilor, adică a suferințelor neuropsihice în interferență cu normalitatea (circa 70% din totalul pensionărilor pentru afecțiuni psihice). O atare constatare este de natură a incita la profunde reflexiuni, dat fiind, pe de o parte semnificația și importanța socio-economică a pensionărilor cît și implicațiile reducerii forței de muncă din cauze medicale. Din acest punct de vedere sîntem întru totul de acord cu C. Răboacă și S. Perț că deși forța de muncă este o categorie economică, ea aparține și depinde de „fenomenul demografic", de componentele acestuia: naturale (vîrstă, sex), teritoriale (densitate), sociopsihologie, profesionale etc.

În cadrul activității de expertiză și recuperare a capacității de muncă, mai ales în ceea ce privește bolile psihice, punctul de vedere în general admis în literatura de specialitate, ca și în practică, este de a urmări și căuta o obiectivare cît mai riguroasă a suferințelor fizice, biochimice și funcționale prin toate mijloacele care stau la îndemîna medicinei moderne. Din păcate, însă, pînă în prezent, atît în acivitatea practică, cît și în cea teoretică de expertizare și recuperare a capacității de muncă, cît și studierea fenomenului social al pensionării, s-a acordat și se acordă prea puțină atenție aspectului sociopsihologic al problemei. De cele mai multe ori în acest sens s-a acționat și se acționează îndeosebi în baza bunului simț comun și medical și nu a unor coordonate psihosociologice și sociopsihiatrice, cu luarea în seamă a aspectului cultural (în sensul antropologic al noțiunii) al problemei.

În aproape 10 ani de activitate continuă în munca de expertiză și recuperare a capacității de muncă autorii studiului (medic psihiatru și medic de expertiză și recuperare a capacității de muncă) pe mai bine de 1 000 de expertize au căutat să studieze aspectul psihosociologic al pensionărilor de pe poziția observatorului participant. Din punct de vedere metodologic o asemenea poziție este criticabilă în primul rînd prin aceea că neutralitatea științifică necesară unei atari activități este afectată de însăși poziția autorilor de elemente cu responsabilități directe în emiterea deciziilor medicale de pensionare. Observațiile efectuate de autori pe pensionarii medicali în alte condiții decît cele de expertiză (spre exemplu în în timpul internărilor lor din spital, convorbirii neoficiale cu pensionarii etc.), confruntarea propriilor constatări cu opiniile altor observatori aflați în situații similare indică că gradul de fiabilitate al constatărilor noastre este apropiat de cel al majorității observatorilor aflați în situații similare.

După datele observațiilor noastre, creșterea numărului de pensionări nu este numai expresia unei situații reale a morbidității, ci expresia unui complex de factori socio-culturali care acționează din ce în ce mai intens asupra faptului social al pensionării. Socotim că este indicat să amintim că „este necesară neta distingere între faptul social și opinia despre faptul social; opiniile sînt diferite în raport cu clasele și grupurile sociale, cu persoanele, iar confruntarea lor cu realitatea obiectivă este singura care dă măsura viabilității lor. În cercetările sociologice această distincție este, metodologic și practic, esențială". (cf. Miron Constantinescu). În propriile noastre observații, ca și în experiența și constatările altor specialiști din țară, pensionarea cunoaște în prezent în unele cazuri un aspect de boală situațională, boala psihică ca și pensionarea prezentînd în etiologia lor situații sociogenetice imposibil de rezolvat prin măsuri terapeutice medicale sau intervenții de microgrup.

Nu trebuie să se mniimalizeze rolul societății, macro și micro grupului în definirea bolii psihice. De cele mai multe ori, persoanele handicapate în îndeplinirea obligațiilor profesionale datorită vîrstei, stării somatopsihice preexistente angajării, cumulării de afecțiuni somatice, incapacității psihofizice de a face față ritmului alert al exigențelor muncii productive contemporane, sînt etichetate de mediile în care muncesc ca fiind suferinde în primul rînd de boli psihice, respectiv „nevroze". Nu sînt puține situațiile cînd unor asemenea persoane pentru comodități de ordin organizatoric-profesional li se sugerează de cei din jur și îndeosebi de factorii cu răspunderi directe în organizarea procesului de producție o rejetare din cîmpul muncii de o manieră aparent licită prin pensionare medicală.

În observațiile noastre, pensionarea capătă la foarte mulți indivizi aspect de nivel suprem al aspirațiilor existențiale, în special la vîrstele apropiate preretragerii. La mulți pensionari medicali am constatat diminuarea motivației pentru muncă, considerarea muncii ca un factor de morbigeneză, deși de cele mai multe ori analiza riguros științifică medicală și socială a fiecărui caz în parte a indicat situații mult deosebite de afirmațiile celor în cauză. La grupuri destul de mari de pensionari am constatat declinul valorilor cultural-umaniste, o optică asupra vieții dominată de un egoism existențial axat exclusiv pe valori materiale și mijloace de subzistență. De multe ori pensionarea îmbracă aspect de comportament social datorită imaginilor și ideilor grupului asupra bolii și efectelor sale sociale, pensionarea fiind socotită ca cel mai sigur remediu al unei situații de tensiune existențială. Pensionarul medical din domeniul micii psihiatrii este un individ des întîlnit în practica consultațiilor de specialitate, fiind caracterizat și dominat de un consum abuziv de asistență medicală, revendicativitate, neliniște existențială, și uneori chiar duplicitate.

În pofida afirmațiilor lor explicit declarate că ar dori să muncească, atari pensionari sînt dominați de permanete convingeri de demisie socială. Cu asemenea convingeri sînt contaminați de o factură neformală și membrii microgrupului lor familial, cît și alte persoane apropiate ca profil sociopsihologic. La anumite persoane cu o nouă sferă redusă și cu un statut social caracterizat printr-un nivel redus de calificare, de cele mai multe ori pensionarea capătă semnificația de singura cale de securizare socială, unica cale de rămînere la o condiție socială lipsită de angajare la exigențele societății contemporane. Pensionarea capătă astfel aspectul de cale licită, comodă și benefică de rezolvare a conflictului „transcultural", legat de trecerea la o muncă angajată, responsabilă, calificată, așa cum o solicită exigențele vieții moderne.

Marele număr de pensionari aflat acum în societate a creat apariția unei veritabile „subculturi" a pensionărilor, persoane aparent absente din viața socială activă, în realitate însă prezente în ea prin multiple servicii care i le solicită, începînd de la aspectul pecuniar al pensiei și nesfîrșite prestații medicale, și terminînd cu numeroase reclamații și revendicări ade-

Scanned with OKEN Scanner

seori nefundamentate, referitor la neajunsurile pe care le creează medicii, comisiile de expertiză etc. Nu rare sînt situaţiile cînd pensionarul capătă trăsăturile unui deviant social, a cărui agresivitate este orientată în sensul menţinerii statusului său de nonangajare socială. Pentru unii pensionari şi persoanele apropiate lor, adeseori boala capătă imaginea unui efort însumat al agresiunii externe biopsihosociale, pensionarea fiind percepută social ca singura situaţie licită de rezolvare a contradicţiilor existenţiale. La nivelul formal de percepţie socială pensionarii îşi declară dorinţa de a fi făcuţi bine şi a reintra în cîmpul activităţilor productive, în timp ce în realitate sînt dominaţi de o dorinţă susţinută de menţinere a bolii, fenomen subliniat de fixaţia în menţinerea statutului de pensionar, de individ nonangajat social, dar beneficiar de toate serviciile pe care le poate oferi o colectivitate generoasă şi comprehesivă. Este demn de semnalat faptul că adeseori pensionările survin în sectoare de muncă supuse unei mari morbidităţi sociale şi profesionale cu un nivel de calificare în general scăzut, la indivizi cu veritabile crize de identitate, provocate de trecerea de la un status la altul, de regulă la un status caracterizat prin mai multe solicitări şi angajamente.

În strategia şi tactica reducerii pensionărilor medicale, cît şi a edificării arborelui social pendinte de un asemenea comandament social, se impune elaborarea unor măsuri complexe, din care nu trebuie să lipsească studiul complex al factorilor socio-culturali în proiecţia lor la nivelul colectivităţii, cît şi a individului. Pensionarul medical necesită ca atare studii multidisciplinare, ca o veritabilă categorie socio-culturală, iar pensionarea necesită a fi înţeleasă nu numai ca expresie a unei suferinţe biopsihice, ci şi a unei realităţi socioculturale cu noi aspecte, puţin cunoscute pînă în prezent de societate, cît şi de profesionişti angajaţi în responsabilităţi în acest domeniu.

În realităţile socioculturale din societatea noastră actuală opinăm că orice propunere ar trebui să fie însoţită de o amănunţită fişă sociopsihologică, adecvat întocmită şi valabilă pentru tot teritoriul ţării şi toate categoriile de pensionări. În opinia noastră, o asemenea fişă ar trebui completată de toţi factorii angajaţi în pensionare (medici curanţi, consiliile de pensii şi asigurări sociale din întreprinderi şi instituţii, comisiile de expertiză a capacităţii de muncă etc.) Semnalăm că în prezent, la nivelul legislaţiei actuale se constată că în definirea şi aprecierea bolii sînt antrenaţi şi factori în afara mediului medical (vezi prevederile Legii nr. 3/1977 privind pensiile de asigurări sociale de stat şi asistenţa socială). După experienţa noastră de la nivelul comisiilor de expertiză şi recuperare a capacităţii de muncă, o asemenea fişă ar trebui să fie un „inventar" cu date extrem de amănunţite asupra aspectelor socio-profesionale, familiale, medicopsihologice şi socioergonomice, referitoare la cei propuşi pentru pensionare. Un asemenea document sociomedical şi sociopsihologic, iar după caz şi sociopsihiatric, ar putea oferi comisiilor de expertiză şi recuperare a capacităţii de muncă, ca şi comisiilor de pensionare, date obiective şi de o fiabilitate neîndoielnică privind elaborarea deciziilor faţă de care le obligă legea, cu luarea în seamă şi a laturii sociopsihologice (sociopsihiatrice) a problemei. Datele consemnate de atari „inventare" ar putea fi prelucrate cu metodele moderne de calcul, astfel încît factorii de răspundere să aibă în orice moment o viziune dintre cele mai complete asupra fenomenului pensionării în toată multitudinea aspectelor şi contradicţiilor sale.

Autorii comunicării subliniază cu fermitate faptul că ar fi o mare greşeală teoretică şi practică de a se simplifica à outrance problema pensionărilor pentru cauze medicale şi a o reduce la aspecte sociopsihiatrice şi sociopsihologice. Aşa după cum s-a arătat deja, percepţia socială a pensionării are loc după alte coordonate decît ecele constatate de cercurile de specialitate. Reducerea pensionărilor pentru cauze medicale la nivele admisibile pentru o anumită societate este o problemă cu numeroase coordonate interdisciplinare şi de acţiune socială. În prezent, mai mult decît în alte situaţii sociomedicale, trebuie să se acorde o atenţie deosebită examenului psihiatric şi psihologic la angajare. Problema pensionărilor în sensul unei profilaxii primare şi secundare adecvate trebuie văzută prin prisma zicalei „omul potrivit, la locul potrivit". Realizarea acestui deziderat depinde adeseori prea puţin de intervenţia factorilor medicali. Deciziile strategice de reducere a situaţiei sociale a prezenţei unui număr prea mare de pensionari trebuie îndreptate, în opinia noastră, tocmai în sensul influenţării factorilor extramedicali.

CONSIDERAŢII ASUPRA MORBIDITĂŢII PRIN BOLI NEUROPSIHICE ÎN SECTORUL INDUSTRIAL ROMAN

Schuster Larisa, Andrieş Cleopatra
— Spitalul de Adulţi — Roman

Asistenţa curativo-profilactică a colectivităţilor de angajaţi din sectorul industrial Roman şi analiza acesteia relevă unii factori ce se încadrează în studiile generale în vederea asigurării bunei stări fizice, mintale, şi sociale a angajaţilor din diverse sectoare de activitate.

Studiul morbidităţii se face sistematic în 14 din cele 32 de întreprindere de pe raza municipiului Roman, acestea îndeplinind condiţiile structurale, de aplicare a acestei metode.

La un număr mediu scriptic de 19.717 oameni ai muncii cu drept de asigurări sociale s-au înregistrat în primul semestru al anului 1977 un număr de 5.425 certificate medicale iniţiale cu 67.186 zile incapacitate temporară de muncă.

Structura incapacităţii temporare de muncă pe cauze de boală pe sem. I 1977 comparativ cu aceeaşi perioadă a anilor 1976—1975 relevă următorul aspect:

Denumirea bolii	1975	1976	1977
Boli ale aparatului digestiv	11.621	8.859	8.613
Boli ale aparatului respirator	8.267	10.574	8.054
Boli ale sistemului ostenoarticular	5.681	5.514	7.078
T.B.C. pulmonar şi alte forme T.B.C.	4.548	4.221	5.182
Boli ale sistemului neuropsihic	4.334	5.321	4.992
Alte accidente	4.893	4.491	4.498
Boli ale aparatului cardiovascular	3.289	3.332	3.009
Accidente în muncă	1.281	2.291	2.479
Boli ale pielii şi ale ţesutului celular subcutant	2.639	2.904	2.224
Afecţiunile urechii	—	—	513

Se constată că bolile neuropsihice ocupă în structura I.T.M. locul 5 reprezentînd un total de 11% din totalul zilelor I.T.M.

Noxele principale din întreprinderile municipiului, întreprinderi cu profil de industrie grea, sînt zgomotul, micrometalul nefavorabil, pulberile silicogene, suprasolicitarea diverselor aparate și sisteme ale organismului.

Departajînd după profilul întreprinderilor se constată un număr mai mare de zile I.T.M. în întreprinderile în care predomină noxa zgomot — I.M.R., I.T.R., I.M.C.R. și Fabrica de Confecții Bacău, secția Roman (cu structura angajaților predominînd sexul feminin — din 511 salariați 461 sînt femei), Fabrica de cărămină predomină sd. nevrotiforme cu etiologie bipolară cu prezența suferințelor viscero-umorale care induc pe planul conștiinței trăiri cu conținut ideo-afectiv penibil.

Pe fișele de consultații ale acestora apar frecvent ginecopatii, cardiopatii, suferințe digestive, traumatisme.

Datele statistice exprimînd I.T.M. prin boli neuropsihice se înscriu în contextul general al morbidității de acest gen din întreprinderile similare din țară.

În procentajul de 11% au fost cuprinse reacțiile psihice care au determinat incapacitatea temporară de muncă, manifestată în perioada de adaptare a noilor angajați proveniți din mediul rural și urban precum și reacțiile și sindroamele psihice survenite la bolnavii cu hipo-acuzii și surditate, boală profesională înregistrate la I.M.R. și I.T.R.

După cum am arătat în altă lucrare, fiind greu de izolat un parametru în ecologie în general și în ecologia umană în special, ca metode de studii utilizate de noi în analiza modificărilor psihice în sectorul industrial Roman, am folosit mai frecvent metoda comparării tipurilor de activitate a indivizilor din aceeași populație, lucru ce ni l-am permis să-l facem deoarece în zonă există grupuri de așa numiți „ceangăi" cu tradiționalism cultural diferit de grup în ceea ce privește atitudinea față de muncă și viață.

Folosind această metodă am observat, de exemplu, frecvența mai mare a psihozelor majore la persoanele provenite din rîndul acestora, o frecvență mai mare a nevrozelor și reacțiilor depresive la cei proveniți din zonele suburbane.

În ceea ce privește alcoolismul și tulburările psihice în cadrul acestuia, diferențele sînt șterse.

Foarte rar s-a înregistrat diagnosticul de neuroză în rîndul bărbaților angajați în agricultură. Nu același lucru se poate spune despre angajatele în agricultură, pe lotul nostru comparativ cu lucrătoarele F. C. Roman, nefiind diferențe.

Am vrea să mai relevăm morbiditatea mare prin epilepsie și oligofrenie din satele cu tradiționalism cultural deosebit înregistrată la nivelul cabinetului de psihiatrie.

În rîndul epilepticilor încadrați în locuri de muncă fără risc vital în eventualitatea crizelor, s-au înregistrat extrem de puține zile de I.T.M. în condițiile unui tratament și dispensarizări corecte.

Comparînd datele privind noii angajați proveniți din mediul rural și urban la aceleași limite de vîrstă și aceleași condiții de lucru, contrar așteptărilor noastre, așa zisele reacții de suprasolicitare provenite în perioada de adaptare la locul de muncă s-au întîlnit mai frecvent la cei proveniți din mediul urban.

O analiză mai aprofundată a condițiilor familiale relevă faptul că acestea proveneau din familii dezorganizate în care predomină alcoolismul, carențele educative și nu din familii nuclearizate ale mediului sătesc.

Reacții comportamentale deosebite s-au înregistrat la țiganii angajați în muncă.

O altă metodă utilizată de noi în reliefarea unor aspecte ale riscului adaptativ, a fost acea a chestionarelor cu profil psiho-social.

De aici s-a constatat că în general în întreprinderi vin oameni valizi din punct de vedere fizic și psihic dar cu o motivație foarte complexă, funcție de motivațiile anterioare angajării și se angajează optimal în complexul motivațional al întreprinderii.

Au apărut prioritari o serie de factori ca: mediul de viață extraprofesional, nivelul de viață materială și culturală, modul de trai, locuința, viața de familie, probleme legate de navetism și efectele lui asupra randamentului și integrării profesionale, probleme legate de deprinderi și comportamente culturale specifice, de intregrarea în producție a membrilor de familie, de orientare profesională, de raporturile din colectivul de lucru în corelarea lor cu stările de tensiune psihică. cu noxele de la locul de muncă precum și de eventualitatea accidentelor de muncă.

Morbidity due to neuro-psychic diseases in the industrial areas of Roman is to be found on the general background of neuro-psychic morbidity in our country.

Research methods and the isolation of some eliopathogenic agents in factories, represent a difficult problem especially for man-environment relation that changes every moment.

The interest of our research is that isolation of a larger number of parameters in human ecology in order not only to prevent but also to control the neuro-psychic pathology.

The results using our methods assert once more the necessity of the formation of a favourable microclimate in factories for the workers' adaptation.

Not only the extension of the mental sick ambulatory treatment but also the necessity of psychosociological investigations are requested during the activity and the determination of the profilactic attitudes.

INCIDENȚA TULBURĂRILOR NEVROTICE LA BOLNAVII PROVENIȚI DIN MEDIUL INDUSTRIAL, INTERNAȚI ÎN SECȚIA NEVROZE ADULȚI TIMIȘUL DE JOS A SPITALULUI DE NEUROPSIHIATRIE — BRAȘOV ÎNTRE ANII 1974—1976

Vlad N., Cărăușu D., Veress Adriana
— Brașov

Mediul industrial se numără printre cele mai dinamice structuri economico-socaile, cu rapide transformări a specificului muncii, parametrilor solicitării profesionale și a calității noxelor, ca urmare a progresului tehnico-științific.

Dificultățile de adaptare individuală sînt, de aceea, sensibil crescute față de alte domenii de activitate, riscul de eșec — uneori doar temporar — fiind proporțional crescut.

În acest sens, tulburarea nevrotică reprezintă — în planul psihismului — ecoul posibil al coliziunii individului cu mediul stressant, ecou reverberat și modulat de structura personalității, susținut de po-

Scanned with OKEN Scanner

tenţialul somatic şi răspîndit în spaţiul relaţiilor interpersonale existente.

În lucrarea prezentă ne-am propus investigarea ponderii nevrozelor, a formelor clinice pe care le prezintă aceste afecţiuni, a factorilor psihotraumatizanţi şi a eficienţei spitalizării în readaptarea profesională — la bolnavii proveniţi din mediul industrial al judeţului Braşov şi care au fost internaţi în secţia de nevroze adulţi a Spitalului Neuropsihiatrie Braşov, iniţial prin Policlinica judeţeană şi ulterior prin L.S.M. Braşov.

Am diferenţiat pe baza criteriilor clinice simptomatologia nevrotică de sindroamele de suprasolicitare fizică, de oboseala fiziologică, acestea fiind manifestări iniţiale ale neconcordanţei dintre posibilităţile individuale şi condiţiile obiective de producţie, în timp ce structurarea nevrotică apare ulterior, în faza de epuizare psihofiziologică, fiind expresia sentimentului de eşec sau de frustare ce însoţesc dezadaptarea.

Din numărul total de 3.821 de bolnavi internaţi în cei trei ani consecutivi am selecţionat numai cazurile în care mediul industrial a fost implicat în manieră etiologic-determinantă în simptomatologia nevrotică. Am găsit pe baza acestui criteriu un număr de 744 nevroze din mediul industrial, ceea ce reprezintă 19,48%, restul cazurilor provenind din medii diferite (2109 cazuri — 55,19%) sau fiind fără legături cauzale aparente cu mediul industrial (968 cazuri — 25,33%). Compaartiv, numărul cazurilor întîlnite pe durata fiecărui an sînt aproximativ egale (1974 = 250 cazuri, 1975 = 233 cazuri, 1976 = 261 cazuri). Pentru anii 1974 şi 1975 numărul de cazuri este diminuat în trimestrul II şi crescut în trimestrele III şi IV. Pentru anul 1976 nu există diferenţe trimestriale semnificative.

Raportat pe sexe, pentru întregul interval de timp considerat, femeile au reprezentat 43,9% (327 cazuri), iar bărbaţii restul de 56,1% (417 cazuri). Amintim că cercetări recente de epidemiologie a nevrozelor în eşantioane de populaţie nediferenţiată profesional au arătat o prevalenţă a femeilor faţă de bărbaţi în proporţie de 3/1, în timp ce unele date — mai vechi — indică un raport inversat pentru subiecţii angajaţi în întreprinderi industriale. Configuraţia procentuală obţinută de noi o apreciem ca fiind expresia penetrării crescute a forţei de muncă feminine în industria constructoare de maşini şi industria chimică — majoritare în structura economică a judeţului Braşov, aspect pe care îl redăm în tabelul următor :

Sector industrial	Textile Confecţii	Ind. Alimentară	Ind. Chimică	Ind. Constr. de maşini	Ind. Electrotehnică	Şantiere de construcţii	Ind. Lemnului
%	13,16	1,06	14,94	43,73	0,71	11,38	2,48
Sex	B F	B F	B F	B F	B F	B F	B F
Nr.	8 90	— 8	67 44	266 154	5 —	61 23	10 8

Repartizarea pe grupe de vîrstă este interesantă relevînd devansarea curbei distribuţiei statistice la femei — cu maximul frecvenţei în deceniul al 4-lea de viaţă (17,38%) în timp ce la bărbaţi acest maxim este situat în al 5-lea deceniu de viaţă, fiind şi ceva mai crescut (23,06%).

Noxele întîlnite la locul de muncă sau în microgrupul profesional şi investite de pacienţi cu valenţe psihotraumatizante au fost, în ordinea frecvenţei, următoarele :

— Zgomot 25,0%
— Atmosferă poluată cu praf, gaze . . . 13,2%
— Substanţe toxice 5,5%
— Efort fizic intermitent 22,3%
— Temperatură ridicată 1,2%
— Umiditate 0,4%
— Solicitarea accentuată a atenţiei . . . 9,3%
— Activitate în 3 schimburi săptămînale . 4,8%
— Responsabilitate profesională . . . 2,8%
— Stări tensionale diverse 15,5%

Inventarierea factorilor psihotraumatizanţi subiectivi a relevat potenţialul dezadaptativ crescut pentru activitatea în zgomot intens, efort fizic intermitent şi stări tensionale diferite (cauzate de lipsa ritmicităţii în producţie, pregătire profesională necorespunzătoare solicitărilor, mici conflicte, insatisfacţie profesională, neîncadrare în microgrup, ş.a.).

Referitor la subiecţii care îşi desfăşurau activitatea după un program alternat săptămînal, aceştia resimţeau schimbarea de orar ca un factor desincronizator al bioritmurilor anterioare — somn, apetit, diureză, ş.a. — iar tulburările nevrotice apăreau secundar unei oboseli precoce. Denivelarea persistentă a atenţiei, a performanţelor manualităţii profesionale şi, în final, capacitatea scăzută de menţinere a vigilităţii au fost relatate drept cauze ale consumului de excitante corticale. Inadaptarea la ritmul alternat de activitate l-am întîlnit în 4,8% din totalul factorilor psihotraumatizanţi, femeile fiind mai afectate decît bărbaţii în proporţie de 4/1.

În 41,6% din cazuri au fost raportate cel puţin 3 noxe asociate, în 29,3% din cazuri două noxe, şi în 20,4% cîte una singură. În restul de 8,7% subiecţii nu au precizat factorii psihotraumatizanţi, declarînd că resimt mediul industrial — în general — ca fiind suprasolicitant, stress-ant. În aceste cazuri însăşi tulburările nevrotice au fost mai estompate.

După criteriul evoluţiei în timp, am găsit o proporţie de 51,22% nevroze care au debutat după începerea activităţii în mediul industrial, iar 48,7% au debutat anterior angajării dar au prezentat agravări ale tabloului psihopatologic în timpul activităţii.

Analiza simptomatologiei psihice întîlnite la subiecţii examinaţi a evidenţiat elemente pe deplin concordante cu datele din literatură. Din totalul de 744 nevroze, 628 cazuri (85,13%) au fost neurastenii (dintre care forme depresive 116 cazuri, forme anxioase 148 cazuri, forme cenestopate 88 cazuri şi forme simple 276 cazuri). Nevroza isterică am întîlnit-o în 31 cazuri (4,16%), nevroza obsesivo-fobică în 5 cazuri (0,71%), iar nevroza motorie într-un singur caz. Menţionăm totodată că 62 dintre subiecţi au prezentat tablouri psihice intricate cu elemente aparţinînd altor forme de nevroze.

Scanned with OKEN Scanner

	Nevroză mixtă		Nevroză obsesivo-fobică		Nevroză isterică		Nevroză astenică								Forme intricate de nevroze	
							forma depresivă		forma anxioasă		forma cenestopată		forma simplă			
Sex	B	F	B	F	B	F	B	F	B	F	B	F	B	F	B	F
Nr. cazuri	1	—	1	4	8	23	51	65	58	90	29	59	228	48	24	38

În sfîrșit, există în statistica noastră 16 psihopatii decompensate nevrotic și 1 caz de schizofrenie remisă cu defect neurastenic — care au fost internate în secție între 1974—1976.

Este de remarcat frecvența crescută a neurasteniei față de nevroza isterică, nevroza obsesivo-fobică sau nevroza mixtă.

Raportat pe sexe am găsit o prevalență absolută a bărbaților pentru neurastenia simplă și o frecvență crescută a îmbolnăvirilor la femei pentru formele cenestopate, anxioase și depresive.

În 74 de cazuri sindromul nevrotic a fost asociat unor boli organice (HTA, valvulopatii, cardiopatii ischemice, emfizem pulmonar, ulcer duodenal, hepatită cronică, endocrinopatii, intoxicații profesionale, ASC incipient, ș.s.) iar în 14 cazuri s-a manifestat pe fondul unui etiliesm cronic de mică intensitate.

Toți subiecții din lotul considerat au beneficiat de tratament cu tranchilizante, roburante, fizioterapie în diferite proceduri. S-au administrat de asemenea, neuroleptice incisive sau sedative în doze mici, antidepresive, simptomatice, placebo — conform tabloului clinic existent. Unii dintre bolnavi au efectuat exerciții de gimnastică sub supravegherea personalului medical. În toate cazurile s-a aplicat o psihoterapie individuală menținută pe întreaga durată a internării, care a fost în medie de 22,5 zile. O mare parte dintre bolnavi (72,7%) au urmat anterior tratament pishotrop ambulator — fără a obține ameliorări evidente ale stării psihice, motiv pentru care, de altfel, au fost spitalizați. În lotul examinat, la toți bolnavii s-au obținut ameliorări în grade diferite ale stării psihice — atît sub aspect obiectiv cît și subiectiv.

Criteriile de apreciere a eficienței spitalizării pe care le-am utilizat au fost două : a) ponderea indicațiilor psihoigienice și a recomandărilor la externare, b) numărul de reinternări, din lotul considerat, pe parcursul celor trei ani.

După primul criteriu, ținînd cont de starea clinică și de caracterul factorilor psihotraumatizanți, în vederea recuperării și reintegrării rapide în mediul productiv, au fost făcute următoarele recomandări :

— evitarea efortului fizic . . . . . 75 cazuri — (10,08%)
— program de activitate redus timp de 1—3 luni 60 cazuri — (8,06%)
— schimbarea locului de muncă . . . . 46 cazuri — (6,18%)
— evitarea activității în schimbul de noapte . 36 cazuri — (4,84%)
— prelungirea concediului medical . . . . 6 cazuri — (0,80%)

Reiese că un procent de 29,9% dintre bolnavi au primit diferite recomandări la externare. Menționăm că, dată fiind intensitatea simptomatologiei nevrotice și relația cauzală net exprimată la bolnavii care lucrau în 3 schimburi, acestora li s-a recomandat în majoritatea cazurilor schimbarea programului de activitate cu evitarea muncii de noapte. Considerăm că acest aspect evidențiază riscul evident de creștere a morbidității nevrotice la subiecții neadaptați activității în schimburi alternate.

După al doilea criteriu — cel al numărului de internări în intervalul de 3 ani — eficiența spitalizării pare mai bună, întrucît numai 66 de bolnavi au necesitat o altă reinternare, ceea ce reprezintă 8,87%.

Aceste date clinico-statistice ne îndreptățesc să subliniem aspectul dezadaptativ față de mediul psihotraumatizant al majorității cazurilor examinate. Ameliorarea rapidă în timpul spitalizării demonstrează eficiența scoaterii din mediu — cel puțin pe durata tratamentului psihotrop — precum și utilitatea măsurilor de psihoigienă și psihoprofilaxie individualizate la fiecare caz.

A statistical analysis of 744 cases of neurosis hospitalized at the Hospital for Neuro-psychiatry at Timișul de jos, Brașov, between 1974—1976 — patients belonging to an industrial environment—, has proved the following factors of risk as being of major importance :

— The prevalence of :
— female patients (43,9% of a sumtotal of 744 cases)
— in their 40-ies (17,38%) as against the
— male patients who were in their 50-ies (23,06%).

From the clinical point of view asthenic neurosis prevailed (626 cases = 85,13%) as against neurosis (31 cases — 4,16%) and obsessive — fobic neurosis (5 cases — 0,71%).

Following to the close observation of a great majority of these cases we underline the non-adaptative character of the patients coming out of an industrial environment and the importance of psychohygiene and psycho-prophyaxy.

ASPECTE PRIVIND REABILITAREA ȘI RECUPERAREA BOLNAVULUI SILICOTIC

B. Frățianu, A. Avasilcăi, C. Postelnicu, T. Mihovan
— Cîmpulung Moldovenesc
— Iași

Prezentul studiu a fost efectuat în perioada anilor 1966—1977 într-o unitate spitalicească cu profil adecvat tratamentului sanatorial la bolnavul silicotic. În cercetare sînt incluși 1473 de bolnavi la care silicoza s-a manifestat în următoarea distribuție procentuală în funcție de stadialitatea evoluției bolii după cum urmează :

— stadiul I și I/II — 74% ;

— stadiul II şi II/III — 21% ;
— stadiul III — 5%.

Tuberculoza pulmonară a fost asociată într-un procentaj cuprins între 58% pentru silicoza stadiul II şi peste 85% pentru silicoză stadiul III.

În ultimii 10 ani consemnăm o scădere a morbidităţii prin silicoză cît şi a indicelui de gravitate a bolii (nr. cazuri noi de silicoză depistate în stadiul II şi III a bolii), de la 14,7% în 1966 la 0,56% în medie în prezent. Indicele de gravitate în aceeaşi perioadă scade de la 40,7% la 14,8%.

Considerăm că silicoza este o afecţiune cu evidente consecinţe medico-sociale legate de o prelungită incapacitate de muncă determinată de internările în unităţi de specialitate în vederea precizării diagnosticului, cure de sanatorizare, internări pentru tratamentul bolilor asociate cu localizare pulmonară, boli acute sau interacute, grefate pe un fond preexistent fibrotic sau silicotic. Subliniem faptul că în cazul silicozei concediile medicale acordate ambulator nu prezintă semnificaţie medico-socială şi nici economico-productivă în comparaţie cu situaţia întîlnită în alte boli, cum ar fi spre exemplu nevrozele sau gripa.

Incapacitatea temporară de muncă în raport de diferitele forme de asistenţă pentru silicoză, este în observaţiile noastre în medie de 10—15 zile în internările efectuate pentru precizări de diagnostic ; 21—25 zile pentru curele de sanatorizare în cazul fibrozelor pulmonare şi a silicozelor stadiul I, şi de 30 zile pînă la 12 luni în cazul suprainfecţiilor bacilare.

Din observaţiile noastre reies următoarele aspecte medico-sociale privitoare la integrarea bolnavilor silicotici în mediul lor socio-profesional şi familial.

A. Integrarea normală în vechile condiţii socio-profesionale şi familiale. Se constată că la persoanele la care funcţiile organice sînt păstrate, sau există o suferinţă funcţională compensată. Situaţiile conflictuale socio-profesionale sau familiale par a avea un important rol în decompensarea bolnavului silicotic. Acesta necesită o ambianţă de înţelegere la locul de muncă cît şi în viaţa de familie. La asemenea persoane examenele medico-psihiatrice nu consemnează modificări pregnante ale personalităţii. Într-o atare situaţie se află 82 pînă la 87% din bolnavii silicotici.

B. Dificultăţi de încadrare în muncă datorate unor cauze psihosociogene. Persoanele încadrate în medii cu noxe silicogene prezintă uneori manifestări revendicative generate de frica de îmbolnăvire deoarece cunosc riscurile legate de profesiunea aleasă. Alte ori manifestările revendicative apar ca urmare a exigenţei unor perspective de pensionare pentru perioadele de timp lucrate în mediul silicogen. Asemenea manifestări cu aspect reactiv dispar de regulă după rezolvarea situaţiilor revendicative de către forurile competente, în favoarea sau în defavoarea celui în cauză. Această categorie reprezintă un procentaj de 10 pînă la 12% din oamenii muncii şi foşti oameni ai muncii în mediul cu noxe silicogene.

C. Situaţii conflictuale familiale. Au fost întîlnite la 5 pînă la 7% din bolnavii silicotici, îndeosebi în formele avansate de gradul II şi III, la care fenomenologia clinică psihiatrică ajunge la descompensări depresive de la 0,5 pînă la 1,2%. Este greu de precizat în ce măsură conflictualitatea este provocată de însăşi prezenţa bolii, pentru că de obicei internările în unităţile medico-sanatoriale cît şi intervenţiile socioterapeutice empirice de grup rezolvă de o manieră eficientă asemenea dificultăţi.

Referitor la aspectele şi disponibilităţile de încadrare şi menţinere în muncă în activităţi productive ale bolnavului silicotic, din datele observaţiilor noastre rezultă următoarele :

1. Bolnavii silicotici în stadiul I de boală cu afecţiuni apărută după o expunere relativ mare de peste 15 pînă la 18 ani la noxe silicogene, aflaţi într-un regim de urmărire dinamică tip dispensarizare îşi pot continua activitatea în medii cu expunere redusă cum ar fi muncile de artificieri, maiştrii minieri, întreţinători galerie etc.

2. Bolnavii silicotici de stadiul I la care afecţiunea a apărut după o perioadă relativ scurtă de activitate în mediu silicogen, de cca. 5—8 ani, necesită schimbarea locului de muncă. În condiţiile unor funcţii ventilatorii nealterate sau uşor diminuate, asemenea persoane îşi pot continua activitatea profesională într-un mediu cu riscuri silicogene reduse, în condiţiile unui regim de urmărire directă prin dispensarizare în funcţiile de miner, artificier, vagonetar de suprafaţă.

3. Bolnavii de silicoză în stadiul I de evolutivitate cu disfuncţie ventilatorie uşoară pînă la medie, la care fenomenele bronhospastice sînt evidente, fac obiectul schimbării obligatorii a locului de muncă şi transferării în zone lipsite de riscuri silicogene. Pentru asemenea persoane se impune de regulă reprofesionalizarea.

4. — Bolnavii de silicoză în stadiul II cu funcţiile ventilatorii compensate îşi pot continua activitatea productivă în condiţiile transferului în locuri de muncă care nu necesită depunerea unor eforturi fizice mari şi se află în afara noxelor silicogene.

5. — Bolnavii aflaţi în stadiile avansate de evolutivitate stadiile II/III şi III cu funcţia cardio-respiratorie alterată, la care există perioadele de compensare alternînd cu perioadele de compensare nu mai pot efectua munci productive cu regim salariat. Pentru asemenea cazuri se recomandă ocupaţii recreative şi activităţi de tip terapie ocupaţională.

6. — Bolnavii de silicoză în stadiul III de boală cu decompensări cardiorespiratorii ireversibile necesită un regim de repaos permanent, cure îndelungate de sanatorizare şi aproape totdeauna o îngrijire din partea altor persoane.

Pînă în urmă cu 6—7 ani exista următorul punct de vedere privitor la activităţile în medii cu pulberi silicogene, şi anume că la un individ normal intrat în munci productive într-un mediu cu pulberi silicogene, capacitatea de muncă rămîne conservată la parametri apropiaţi de cei iniţiali timp de 7—8 ani. Ulterior urmează o perioadă de cca 4 ani de scădere progresivă a capacităţii de muncă urmată în final de invaliditate ireversibilă cu un prognostic infaust exital după alţi 4—5 ani. Metodologiile tehnice folosite în prezent cît şi rigurozitatea crescîndă a măsurilor medicale (examene la angajare, controale medicale periodice preventive şi de urmărire etc.) lasă să se întrevadă posibilitatea unei prelungiri a existenţei cu tendinţă de apropiere către valoriile medii ale duratei de viaţă.

Actualmente asistăm la o reducere a morbidităţii prin silicoză în sensul unei aşa-zise stabilizări la un procentaj de 0,6 pînă la 0,8%. Numărul mare de fibroze pulmonare de urmărit — cca 780 cazuri din statistica noastră — pledează pentru concluzia că în prezent se poate vorbi de o deplasare a tabloului clinic al bolii către perioada de „debut radiologic". Modificările fibrotice pulmonare se menţin ca atare în limitele unui timp de expunere în mediul silicogen cuprins între 9 pînă la 12 ani. Noi am constatat, faţă de schema clasică o evoluţie mai lentă, ba chiar o stagnare a evoluţiei radiologice a bolii în sensul prelungirii cu cel puţin 7—8 ani a perioadei de stabilizare lezională şi funcţională. Acelaşi lucru s-a putut remarca şi la formele mai avansate de silicoză cum ar fi stadiul II. Menţionăm că nu sîntem încă în posesia observaţiilor care ne-ar putea edifica asupra vitezei de evoluţie a silicozei de stadiul III întrucît de la începutul activităţii noastre (1966) nu am observat asemenea cazuri.

Totodată semnalăm faptul că îmbolnăvirea de silicoză se realizează diferit de la un individ la altul, că există un moment optim de intervenţie profilactico-curativă şi socio-profesională la fiecare salariat

expus noxei silicogene. Acest moment poate fi stabilit numai printr-o urmărire dinamică și susținută, deoarece este cunoscut faptul că formele incipiente de fibrozare ale pămîntului sînt complet asimptomatice, cu atît mai mult cu cît terapeutica actuală nu dispune de mijloace specifice antisilicotice, iar medicația de care dispunem este utilizată pentru prevenirea și tratarea infecțiilor specifice și nespecifice care contribuie prin ele însele la grăbirea extinderii proceselor de fibrozare.

Actuala situație de ameliorare a condiției medicale a bolnavului silicotic se însoțește pe plan socio-profesional de implicații de o acuitate deosebită. Numărul de bolnavi silicotici impun măsuri de reclasare profesională, reprofesionalizare costisitoare și cu antrenarea a numeroși factori de decizie și acțiune directă. La nivelul centralelor industriale și marilor întreprinderi ar trebui să existe compartimente de acțiune socială adecvată pentru menținerea silicoticului într-o viață socială și profesională activă potrivit disponibilităților lor de muncă în condițiile prezervării restantului biologic și funcțional față de noi agresiuni nocive. Considerăm foarte utilă obligația întreprinderilor de a crea noi sectoare de muncă pentru reclasarea socioprofesională a bolnavului silicotic în zone geografice adecvate și în profilul de activitate profesională potrivite prescripțiilor medicale. Deciziile în acest sens necesită intervenții multiple interdepartamentale care să țină cont de numeroși factori începînd de la rentabilitatea economică și terminînd cu cei de confort psihilogic pentru acești bolnavi față de care socitatea are o angajantă responsabilitate.

ASPECTE ALE INCAPACITĂȚII TEMPORARE DE MUNCĂ DETERMINATE DE BOLILE NEUROPSIHICE ÎN UNELE ÎNTREPRINDERI DIN INDUSTRIA UȘOARĂ

Georgeta Mihail, Mihăilă D., Iliescu Fl., Elena Teodorescu
— Institutul de Igienă și Sănătate Publică — Iași

În etapa actuală de intensă industrializare, de introducere pe scară tot mai largă a mecanizării și automatizării și de intensificare a urbanizării, se asistă la modificări structurale ale societății în transformare.

Concomitent cu aceste mutații socio-economice, organismul uman trebuie să depună eforturi importante pentru a se adapta noilor condiții de muncă și de viață, menținîndu-și în același timp integră capacitatea de muncă, sănătate fizică și mintală.

În acest context, rezultatele a numeroase cercetări evidențiază o creștere a incidenței bolilor neuropsihice care se situează în țările dezvoltate printre primele cauze de boală, alături de bolile cronice degenerative.

Incidența acestor îmbolnăviri este mai pregnantă în sectoarele industriale unde activitatea solicită adaptări multiple ale organismului pe plan senzorial, motor și intelectual. Pentru a aprecia care este situația bolilor neuropsihice printre muncitorii din industria ușoară, am întreprins investigații statistice pe o perioadă de 5 ani (1972—1976) în 6 întreprinderi de confecții și 6 întreprinderi de filatură-țesătorie, însumînd la nivelul anului 1976, un număr de 45 000 muncitori.

În structura acestei populații muncitorești predomină sexul feminin, cu valori medii de 66,4% în filatură-țesătorie și 71,4% în confecții, procentaje care variază de la o întreprindere la alta (tabel 1).

Studiul nostru se referă la două grupe de afecțiuni neuropsihice și anume: tulburări mintale și boli ale sistemului nervos (cod 103—106, 108—119) și nevrozele (cod 107).

În întreprnderile cercetate condițiile de muncă se încadrează în general în normele legale, în afară de faptul că zgomotul în țesătorii mai ales, depășește limitele maxime admise.

Muncitorii îndeosebi din sectorul confecții, prin însăși caracteristicile procesului tehnologic, sînt mai solicitați din punct de vedere senzitivo-senzorial și intelectual (ritm de muncă, dimensiunea detaliului, contraste, monotonia activității etc.).

Prin prelucrarea statistică a datelor am urmărit frecvența îmbolnăvirilor (procentul cazurilor noi pentru afecțiunile cercetate din totalul cazurilor noi de boală), gravitatea lor (procentul zilelor de incapacitate pentru aceste afecțiuni din totalul zilelor de incapacitate), precum și durata medie a incapacității pentru cele două grupe de afecțiuni.

Frecvența tulburărilor mintale și ale bolilor sistemului nervos variază de la o întreprindere la alta și de la un an la altul între 0,9% și 7,1% la muncitorii din confecții și între 0,9% și 5,9 în filatură-țesătorie. În ceea ce privește gravitatea acestor afecțiuni, se constată aceleași variații, cuprinse între 0,7% și 5,7% în confecții și între 1,1% și 5,6% la filatură-țesătorie, Diferențele dintre cele două tipuri de întreprindere sînt destul de apropiate, nesemnificative din punct de vedere statistic.

În legătură cu frecvența nevrozelor în industria de confecții, se constată variații asemănătoare în timp și între fabrici, cu valori de la 3,2% la 11,9%. În filatură și țesătorie, frecvența este cuprinsă între 0,9% și 10,9%. Gravitatea nevrozelor în confecții oscilează de la 2,8% la 16,2%, iar în filatură-țesătorie de la 1% la 13,7% (tabel 3).

Este de remarcat că atît frecvența cît și gravitatea nevrozelor este mai mare decît pentru tulburările mintale și bolile sistemului nervos. Pe de altă parte, rezultă că frecvența și gravitatea acestor afecțiuni, dar mai ales a nevrozelor, este cu ceva mai importantă la muncitorii din confecții.

Analizînd durata medie a incapacității de muncă pentru aceste două grupe de afecțiuni, se constată că pentru tulburările mintale și bolile sistemului nervos s-au acordat în medie în sectorul de confecții între 7 și 16,9 zile de concediu medical, iar în sectorul filatură-țesătorie între 6,7 și 19 zile.

Bolnavilor cu nevroză din confecții li s-au acordat în medie între 8 și 22,7 zile, iar celor din filatură-țesătorie între 7,1 și 23,8 zile (tabel 4).

Din acest punct de vedere, se constată că durata de incapacitate nu variază între cele două sectoare de activitate, însă incapacitatea este mai importantă la bolnavii cu nevroză.

În ceea ce privește frecvența și gravitatea tulburărilor mintale și a bolilor sistemului nervos, factorii de muncă nefavorabili și solicitarea specifică procesului tehnologic nu par a avea o influență bine determinată în etiologia acestora, fiind mai mult boli constituționale. Pentru nevroze însă, unele momente mai dificile în desfășurărarea procesului tehnologic, o anumită stare de tensiune determinată de ritmul de muncă, unii factori de muncă nefavorabili (zgomotul în special), participă în grade variate ca elemente

Scanned with OKEN Scanner

favorizante, alături de factorii conflictuali extraprofesionali, la etiologia nevrozelor. Rolul factorilor extraprofesionali devine mai important dacă ţinem seama de faptul că mai mult de 70% dintre muncitori sînt femei, cu toate caracterele morfo-funcţionale specifice care pot influenţa într-o anumită măsură capacitatea de muncă şi indirect randamentul muncii. Pe lîngă aceasta, absenteismul destul de important la femei datorită frecvenţei mai crescute a ginecopatiilor, a complicaţiilor sarcinei sau pentru îngrijirea copilului bolnav, face ca efortul pentru îndeplinirea ritmică a planului să devină o suprasolicitare deosebit de importantă, care în timp influenţează negativ starea de sănătate.

Pentru a verifica dacă afecţiunile neuropsihice sînt mai frecvente la femei, am aprofundat studiul morbidităţii prin nevroze la trei întreprinderi din industria uşoară comparativ cu o întreprindere chimică. Rezultatele ne-au arătat că frecvenţa nevrozelor este mai crescută la femei în industria textilă decît în industria chimică. Aceste diferenţe se pot pune pe seama solicitărilor profesionale din industria textilă, solicitări care nu se întîlnesc în fabrica chimică studiată, deşi aici unele noxe chimice depăşesc uneori CMA.

Din analiza morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă, se impune faptul că nevrozele se situează aproape constant, în întreprinderile cercetate, printre primele vîrfuri de morbiditate (după ginecopatii, boli ale aparatului respirator, boli ale sistemului osteoarticular).

Pentru a sublinia şi mai mult gravitatea acestor afecţiuni, precizăm că în industria textilă bolile sistemului nervos determină 15% din pensionări la bărbaţi şi 20,5% din pensionările la femei, iar din acestea 2/3 fiind determinate de nevroze. Cazurile de invaliditate prin nevroze sînt mai numeroase în fabricile de confecţii.

Din investigaţiile noastre rezultă că frecvenţa şi gravitatea bolilor neuropsihice în rîndul muncitorilor din industria uşoară, se impun în studiul morbidităţii cu incapacitate. Acest fapt atrage atenţia în mod foarte serios asupra conduitei de adoptat în diagnosticarea şi urmărirea acestor boli, dar mai ales asupra măsurilor ce trebuiesc luate pentru diminuarea acţiunii factorilor favorizanţi profesionali şi extraprofesionali.

Măsurile de profilaxie se vor aplica începînd cu examenul medical pentru angajare continuate prin examenele medicale periodice, iar eventualele îmbolnăviri neuropsihice depistate vor fi dispensarizate. Cu sprijinul specialiştilor se va aplica cea mai adecvată conduită terapeutică care să vizeze recuperarea integrală a acestor bolnavi.

Pe de altă parte, profilaxia se va adresa şi măsurilor tehnice de îmbunătăţire a condiţiilor de muncă şi factorilor de mediu, organizarea raţională a muncii pe principii fiziologice şi ergonomice.

Pe de altă parte, identificarea cît mai precisă a modificărilor adaptative funcţionale ale sistemului nervos şi nivelul de unde aceste modificări depăşesc limita normalului către cea a patologicului reversbil sau nu, necesită cercetări ample epidemiologice.

The authors carried out statistical investigations for establishing the frequency, severeness and the time of work incapacity determined by some neuropsychic diseases for a period of 5 years (1972—1976) in 12 enterprises and textile mills.

The study refers to two groups of neuropsychic diseases: mental disturbances and nervous system diseases (code 103—106; 108—119) and neurosis (code 107).

The results of investigations revealed an increasing frequency, severeness of neurosis as compared with mental disturbances and nervous system diseases.

As part of morbidity due to work incapacity, neuroses are constantly situated between principal peaks of morbidity.

Nervous system diseases represent one of the most important invalidity causes (2/3 of these diseases are determined by neurosis).

These observations draw a special attention to the behaviour that must be adopted in dyagnosis and in the follow-up of the neuropsychic diseases and especially to the measures necessary for diminishing of the both favouring occupational and extra-occupational factors.

ASPECTE ALE INVALIDITĂŢII DETERMINATE DE BOLI NEUROPSIHICE ÎN INDUSTRIA TEXTILĂ

Elena Teodorescu, I. Brînză
— Iaşi

Laboratorul de Medicina muncii din cadrul Centrului sanitaro-antiepidemic a efectuat un studiu privind prnicipalele cauze de boală care au provocat apariţia invalidităţii în industria textilă, pe perioada 1973—1975.

Ca material de bază în studiul nostru s-au folosit fişele medicale ale bolnavilor care au fost pensionaţi cît şi dosarele de pensionare ale acestora.

În acest sens au fost luate în studiu 2 întreprinderi: Întreprinderea Ţesătura, una din cele mai vechi întreprinderi din municipiul Iaşi şi a doua, similară cu prima, Întrep. de Mătase Victoria, aceasta fiind mai nouă.

Deşi ambele întreprinderi luate în studiu au acelaşi profil, condiţiile de muncă diferă de la una la alta, deoarece Întreprinderea Ţesătura posedă secţii încă incomplet modernizate, pe cînd Întreprinderea de Mătase este o construcţie nouă, dotată cu maşini şi utilaje moderne.

Materia primă folosită în procesul de producţie este, de asemeni diferită. Întreprinderea Ţesătura foloseşte bumbacul, iar cealaltă foloseşte firele de mătase artificială, tip vîscoză şi cele sintetice de tip relon.

Media de vîrstă şi vechimea medie în profesie este şi ea diferită la cele două întreprinderi. În timp ce la Întreprinderea Ţesătura media de vîrstă, pe cei 3 ani studiaţi, este de 48 ani la bărbaţi, şi 44 la femei, iar vechimea medie în profesie este de 22 ani la bărbaţi şi 19 ani la femei, la Întreprinderea de Mătase, unitate care a intrat în funcţie la sfîrşitul anului 1969, această medie este mult mai mică. Majoritatea cazurilor de pensionare de la această unitate provin din rîndul angajaţilor care în trecut au lucrat la diferite unităţi din municipiului Iaşi şi care apoi s-au angajat la această unitate.

Întreprinderea Ţesătura are 2 unităţi amplasate în zone diferite ale municipiului Iaşi, cu secţiile: filatură cardată şi pieptănată, ţesătorie, finisaj, mecanoenergetică, C.T.C. şi serv. administrativ. La secţiile filatură noxele sînt reprezentate de: pulberile de bumbac, zgomot şi trepidaţii, microclimat nefavorabil la care se adaugă suprasolicitarea unor organe şi sisteme şi ortostatismul. La secţia ţesătorie, noxa

Scanned with OKEN Scanner

reprezentativă o constituie zgomotul și trepidațiile, alături de microclimatul cald, poziția vicioasă etc.

Noxele existente la secția finisaj sînt : hipocloritul, bioxidul de sulf, coloranți diferiți, oxidul de azot, soluții caustice, oxidul de carbon, acidul sulfuric, hidrogen sulfurat, microclimat cald și umed, poziții vicioase etc.

La C.T.C. întîlnim suprasolicitarea aparatului vizual și ortostatismul prelungit. La secția mecano-energetică întîlnim pulberi silicogene și de lemn, oxidul de carbon, oxizi de azot, oxizi de mangan, acidul sulfuric, radiații ultraviolete, microclimat nefavorabil, poziții vicioase a corpului, ortostatismul etc.

Determinările efectuate în anul 1973—1975 au pus în evidență depășiri ale concentrației maxime admise pentru pulberile de bumbac la secția filatură, pentru gaze și vapori toxici la finisaj și a zgomotului la secția țesătorie.

Procesul tehnologic în cea mai mare parte, este mecanizat, activitatea desfășurîndu-se în 3 schimburi în secțiile de producție.

Întreprinderea Mătase are aceleași secții ca și Țesătura, cu excepția secțiilor de filatură. La secția țesătorie se înregistrează aceleași noxe ca și la Întreprinderea Țesătura. La secția finisaj noxele sînt reprezentate de : solvenți organici, coloranți și acizi, baze, substanțe caustice și rășini sintetice. Dintre noxele existente numai solvenții au înregistrat depășiri ale concentrației maxime admise.

Secția mecano-energetică are aceleași noxe ca și la Întreprinderea Țesătura, dintre noxele existente la aceste locuri de muncă, numai acidul sulfuric a fost găsit peste CMA, la atelierul de încărcat acumulatori.

Menționăm că depășirile peste CMA, a unor noxe, consemnate în prezentul material, au fost constatate în anii 1973—1974, reducîndu-se unele dintre acestea în ultimii ani.

La Întreprinderea de Mătase, la secția țesătorie, prin măsurile luate de insonorizare, intensitatea zgomotului a fost redusă cu 5—10 db. Ca și la Întreprinderea Țesătura și la această unitate procesul de producție se desfășoară în 3 schimburi.

Din studiul efectuat, privind principalele cauze de boală care provoacă apariția cazurilor de invaliditate la cele 2 întreprinderi, s-au reliefat unele aspecte privind stările morbide, care duc la pierderea capacității de muncă. Dintre acestea pe primul loc se situează neurastenia, urmată de hipertensiunea arterială, tuberculoza pulmonară, psihozele, lombosciatica, cardiopatia ischemică, epilepsia și hepatita cronică. Există o strînsă corelație între condițiile de muncă, de la unele secții și apariția cazurilor de invaliditate. Citățm astfel, prezența afecțiunilor sistemului nervos central (neurastenia și psihozele) în special la secțiile țesătorie și filatură unde, pe lîngă noxa reprezentativă (zgomotul și trepidațiile) se adaugă și suprasolicitarea acestuia, așa după cum reiese din tabelul nr. 1 (valabil pentru Întreprinderea Țesătura).

La Întreprinderea de Mătase în cei 3 ani s-a înregistrat un singur caz de neurastenie.

Analizînd în dinamică pe 3 ani (1973—1975) nivelul pensionărilor pe caz de boală la Întreprinderea Țesătura, se constată că procentul cel mai mare de pensionări este în anul 1973, înregistrîndu-se un procent de 1,70 din numărul total de angajați, 1,15 în 1974 și 1,38 în 1975, așa după cum reiese din tabelele nr. 2, 3 și 4.

La Întreprinderea de Mătase Victoria, numărul pensionărilor scade de la 0,015% în 1973, la 0,005% în 1975. Am arătat mai sus că această întreprindere este recent intrată în funcție, iar majoritatea pensionaților provin de la alte întreprinderi.

La Întrep. Țesătura numărul pensionaților, pe ani și pe secții se prezintă astfel : în 1973 pe primul loc se situează secția CTC, urmată de filatură, țesătorie, mecano-energetică. În anul 1974 pirmul loc îl ocupă secția filatură cardată, urmată de țesătorie, finisaj și mecano-energetică ; în 1975, secția finisaj este pe primul loc, urmată de secția filatură cardată, țesătorie și mecano-energetică. Din analiza acestor date reiese că secția filatură cardată și țesătorie a ocupat locul 1 sau 2, iar secția mecano-energetică locul 4, în toți cei 3 ani studiați.

La Întreprinderea Mătase, în anul 1973 primul loc este ocupat de secția mecano-energetică, urmată de serviciul administrativ ; în 1974 pe primul loc se situează secția țesătorie urmată de mecano-energetică, iar în 1975 primul loc este ocupat de secția finisaj.

Din cele relatate și din analiza datelor din tabelele alăturate reiese că numărul pensionărilor scade în anul 1975 față de anii 1973—1974, ca urmare a îmbunătățirii condițiilor de muncă de la unele secții din aceste întreprinderi (introducerea unor sisteme de ventilație mecanică sau recondiționarea celor existente, mecanizarea și automatizarea unor operațiuni, reducerea intensității zgomotului în secția țesătorie cît și aplicarea altor măsuri tehnice) în urma recomandărilor făcute de către organele de specialitate.

Pentru îmbunătățirea condițiilor de muncă și reducerea cazurilor de pensionare, se impun următoarele măsuri :

1. Îmbunătățirea sistemelor mecanice de ventilație în toate secțiile și atelierele cu noxe și introducerea unor astfel de sisteme de ventilație în atelierele în care acestea nu există, în vederea reducerii concentrației pulberilor de bumbac de la secțiile filatură a fazelor și a vaporilor toxici de la secția finisaj, de la Întreprinderea Țesătura.

2. Reducerea intensității zgomotului în secția de țesătorie de la Întreprinderea Țesătura prin măsuri de izolare fonică.

3. Crearea unor condiții de microclimat favorabil în toate secțiile și atelierele, cu excepția locurilor de muncă unde procesul tehnologic nu permite luarea acestor măsuri și reducerea curenților de aer existenți, la unele locuri de muncă.

4. Crearea unui iluminat artificial optim, în toate secțiile și în special, la locurile de muncă unde există o suprasolicitare a analizorului vizual.

5. Îmbunătățirea în continuare, a asistenței medicale profilactice prin efectuarea examenului medical la angajare în mod diferențiat, folosirea tuturor posibilităților de investigație cu ocazia controlului medical periodic, acordarea unei atenții mai mari în ceea ce privește dispensarizarea bolnavilor cronici și a angajaților expuși la noxe, găsirea posibilităților de schimbarea locului de muncă, cînd aceasta se impune, pentru a nu se ajunge la pensionare, precum și urmărirea de către cadrele de la dipsensar, împreună cu oranele sindicale din întreprindere, a modului cum sînt respectate indicațiile medicale date celor asistați.

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul nr. 1

Procentajul bolilor neuropsihice la Într. Ţesătura Iaşi pe perioada 1973—1975

SECŢIA	1973			1974			1975		
	nr. boli	boli neurops.	%	nr. boli	boli neurops.	%	nr. boli	boli neurops.	%
— ţesătorie	33	14	42,4	30	10	30,3	20	6	30
— filatură cardată	15	4	26,6	12	6	50	13	3	23,7
— filatură pieptănată	7	2	28,5	4	1	25	7	3	42,8
— finisaj	2	—	—	6	2	33,3	10	3	30
— administrativ	7	3	42,8	5	2	40	12	1	8,3
— C.T.C.	8	3	37,5	1	1	100	5	2	40
— Mecano-energetic	10	1	10	6	1	16,6	6	2	33,3

Întrep. de mătase Victoria

Tabelul nr. 2

Dinamica invalidităţii pe anul 1973 la Înrtep. Ţesătura şi Mătase Victoria

Nr. crt.	Secţia	Nr. pensionaţi % din total angajaţi din secţie	Profesia	Nr. pensionări M	Nr. pensionări F	Vechimea medie M	Vechimea medie F	Vîrsta medie M	Vîrsta medie F
1.	Filatură cardată	2,75	filatoare						
			alte profesii	1	14	19,00	23,00	59,00	45,85
2.	Ţesătorie	2,67	năvădit-urzit						
			alte profesii	7	27	26,71	22,69	47,85	46,18
3.	Filatură pieptănată	0,69	filatoare						
			alte profesii	2	5	24,50	13,80	43,00	40,20
4.	C.T.C.	3,26	controloare						
			alte profesii	0	8	0	21,00	0	45,50
5.	Finisaj	0,61	finisori						
			alte profesii	1	1	25,00	17,00	50,00	37,00
6.	Mecano-energetic	2,11	sudori, forjori, lăcătuşi, alte						
			profesii	8	1	26,87	16,00	51,50	50,00
7.	Administrativ	0,87	—	1	5	20,00	21,80	47,00	49,00
Întrep. de mătase Victoria									
1.	Mecano-energetic	0,50	lăcătuşi						
			alte profesii	2	0	30,50	0	7,01	0
2.	Administrativ	5,02	—	1	1	53,00	42,00	35,00	21,00

Invaliditatea % din total angajaţi la Întrep. Ţesătura = 1,70
Întrep. Mătase Victoria = 0,015

Întrep. de mătase Victoria

Tabelul nr. 3

Dinamica invalidităţii pe anul 1974 la Întrep. Ţesătura şi Mătase Victoria

Nr. crt.	Secţia	Nr. pensionaţi % din total angajaţi din secţie	Profesia	Nr. pensionări M	Nr. pensionări F	Vechimea medie la pensionare	Vechimea medie la pensionare	Vîrsta medie la pensionare M	Vîrsta medie la pensionare F
1.	Ţesătorie	2,28	ţesătoare						
			năvădit-urzit						
			alte profesii	5	25	25,40	19,56	50,60	43,04
2.	Filatura cardată	2,29	filatoare						
			alte profesii	3	9	23,33	24,00	55,13	46,00
3.	Filatura pieptănată	0,35	filatoare						
			alte profesii	0	4	0	15,75	0	43,76
4.	C.T.C.	0,02	controloare						
			alte profesii	0	1	0	24,00	0	43,00
5.	Finisaj	2,04	finisori						
			alte profesii	3	4	14,33	15,00	35,33	40,60
6.	Mecano-energetic	1,46	lăcătuşi, sudori, forjori, alte prof.	7	0	26,4	0	48,00	
7.	Administrativ	0,74	—	2	3	20,50	18,66	54,50	45,00
Întrep. de mătase Victoria									
1.	Ţesătorie	0,10	alte profesii	1	0	40,00	0	23,00	0
2.	Mecano-energetic	0,47	lăcătuş						
			alte profesii	1	1	26,00	50,00	6,00	24,00

Invaliditatea % din total angajaţi la Întrep. Ţesătura = 1,15
Întrep. Mătase Victoria = 0,011

Scanned with OKEN Scanner

Întrep. de mătase Victoria

Dinamica invalidității pe anul 1975 la Întrep. Țesătura și Mătase Victoria

Tabelul nr. 4

Nr. crt.	Secția	Nr. pensionați % din total angajați din secție	Profesia	Nr. pensionări M	Nr. pensionări F	Vechimea medie la pensionare M	Vechimea medie la pensionare F	Vîrsta medie la pensionare M	Vîrsta medie la pensionare F
1.	Țesătorie	1,33	țesătoare						
			năvădit-urzit						
			alte profesii	3	19	22,66	19,68	50,33	41,89
2.	Filatura cardată	2,02	filatoare						
			alte profesii	2	11	16,50	21,18	38,00	47,55
3.	Filatura pieptănată	0,52	filatoare						
			alte profesii	0	7	0	13,57	0	56,85
4.	C.T.C.	0,93	controloare						
			alte profesii	0	6	0	23,70	0	45,00
5.	Finisaj	2,71	finisori						
			alte profesii	2	8	20,50	15,50	43,50	48,25
6.	Mecano-energetic	1,18	sudori, forjori, lăcătuși, alte prof.	4	2	22,28	17,00	49,25	44,50
7.	Administrativ	1,73	—	7	5	22,28	18,40	46,00	43,60
	Întrep. Mătase Victoria								
1.	Finisaj	0,49	operatori						
			alte profesii	2	0	40,50	0	16,05	0

Invaliditatea % din total angajați la Întrep. Țesătura = 1,38

Întrep. Mătase Victoria = 0,005

From our study concerning the form causes of disease which generated invalidity in two factories, one remarked some aspects of morbidity followed by loss of work capacity. From these, on the first place there are: neurastheny, arterial hypertension, lung t.b.c., psychical disease, lombosciatica, ischaemic cardiopathy, epilepsy and chronic hepatitis.

There is a close correlation between the work conditions in some work places and the incidence of diseases. We can especially mention neuropsychical diseases in spyn and cardia sectors, behind representative noxa (noise and shakes) one added the stress conditions.

ASPECTE ERGONOMICE ÎN PROFILAXIA OBOSELII ȘI TULBURĂRILOR PSIHICE ÎNTR-O ÎNTREPRINDERE CHIMICĂ — SECȚIA C.T.C. —

Lupașcu-Cârlescu Emilia

— Institutul Politehnic — Iași

Studiul nostru a avut ca obiectiv cercetarea problemelor cu care este confruntat factorul uman în procesul de control al produselor, la locul de muncă— secție condiționare, a unei întreprinderi a industriei chimice și farmaceutice.

Necesitatea acestuia a izvorît din disfuncțiile existente la locul de muncă menționat constînd din următoarele:

— condiții neadecvate de ambianță care nu contribuie la realizarea unui randament maxim în muncă;

— oboseală, în special oculară, provocată de activitatea de control al defectelor existente în flacoanele controlate.

În raport cu cele menționate ne-am preocupat de următoarele probleme:

— studierea condițiilor de muncă din secția condiționare;

— studierea activității controloarelor la banda de lucru;

— studierea fenomenului de oboseală, stabilirea intensității și limitelor în care aceasta acționează asupra lucrătorului.

Locul de muncă studiat — secția condiționare C.T.C. — se află amplasat ca operațiune finală a procesului de fabricație. Se lucrează colectiv la o bandă automată unde se efectuează controlul de calitate al flacoanelor cu medicamente primite din procesul de fabricație. În afară de bandă, controlul se execută și la mese de tip obișnuit. Procesul de control al calității constă în alegerea flacoanelor cu defecte din totalul flacoanelor care trec pe bandă. Controloarele iau cîte 4 flacoane, în fiecare mînă, prin răsucire și răsturnare observă impuritățiile existente la produsele finite, cît și unele defecțiuni pe care le pot avea flacoanele. Concomitent se controlează și dozele din flacoane. Toate defecțiunile trebuie constatate cu ochiul liber, care în condițiile unui ritm de muncă permanent și rapid, impus de bandă, duce la apariția oboselii oculare, alături de un efort maxim de concentrare a atenției.

Activitatea de control se execută și la mese dar poziția lucrătoarelor este șezîndă, flacoanele pentru control sînt luate din tăvi aflate în apropiere.

Controlul se efectuează bucată cu bucată datorită exigențelor impuse de farmacopeea în vigoare.

Procesul de control se încheie cu depunerea flacoanelor care au defecte într-o cutie specială, iar a flacoanelor bune pe bandă.

Dintre factorii de mediu ne-au interesat în mod deosebit iluminatul, zgomotul, cromatica, ventilația cît și concentrarea pulberilor produselor medicamentoase în aerul sălii de ambalare.

Încadrînd operațiile de control la producția înfiolată în lucrări de mare precizie (detalii între 0,1—0,3 mm) am constatat că între nivelul normat de iluminat conform normelor de protecție a muncii și nivelurile constatate, există o mare diferență, ceea ce impune luarea măsurilor de îmbunătățire a iluminatului.

Scanned with OKEN Scanner

Un factor perturbant pentru activitatea de control îl reprezintă zgomotul din sala unde se lucrează, care provine din activitatea de ambalaj şi de la maşina de etichetat flacoane care se află în aceiaşi încăpere.

Avînd în vedere natura muncii în această secţie, am constatat o cromatică corespunzătoare eare are efecte pozitive asupra activităţii operatoarelor C.T.C. atît din punct de vedere fiziologic cît şi neuro-psihic.

În secţia menţionată nu sînt probleme de umiditate şi temperatură.

În activitatea operatoarelor la controlul tehnic de calitate intervin o serie de factori, dintre care menţionăm :

— oboseală oculară, fizică şi neuro-psihică datorită luminii artificiale care cade într-un unghi necorespunzător asupra benzii pe care vin flacoanele ; de asemenea oboseală fizică întrucît lucrătoarele ridică de pe bandă flacoanele la nivelul ochilor pentru a putea constata defectele ;

— efort susţinut de voinţă, deoarece intervine la un moment dat fenomenul de oboseală psihică care implică tendinţa de scădere a exigenţei în înlăturarea flacoanelor cu defecte.

Ţinînd seama de activităţile pe care le desfăşoară operatoarele în procesul de control, constatăm din punct de vedere psihologic trei momente principale : recepţia, decizia şi execuţia care se realizează prin activitatea perceptivă, activitate intelectuală şi psiho-motorie.

Datorită repetării frecvente a aceloraşi operaţii (atît controlul cît şi munca la bandă cu ritm impus) apare fenomenul de monotonie, care are ca efect instalarea stării de oboseală, facilitînd posibilitatea producerii erorilor.

Momentul instalării şi evoluţia intensităţii oboselii s-au apreciat în funcţie de performanţele obţinute la probele aplicate şi anume :

— proba de atenţie concentrată şi distributivă ;
— proba de sensibilitate vizuală ;
— proba de memorie vizuală ;
— proba de afectivitate ;
— chestionar de personalitate.

Probele au fost aplicate unui lot de 45 operatoare, la începutul programului de lucru, înaintea pauzei, după pauză şi la sfîrşitul lucrului. Pentru compararea rezultatelor s-a selectat un lot martor format din 15 operatoare încadrate în diverse activităţi, în care natura muncii nu implică stressul, concentrarea puternică a atenţiei şi suprasolicitarea organului vizual.

Din compararea rezultatelor subiecţilor examinaţi şi raportate statistic la rezultatele lotului martor, au reieşit următoarele modificări din punct de vedere psihologic :

— diminuarea acuităţii vizuale şi îngustarea cîmpului vizual la 19,5% din subiecţi ;
— tulburări de vedere cromatică, la 15% din cazuri ;
— tulburări ale proceselor de atenţie, în special pe linia concentrării cît şi mobilităţii atenţiei.

La proba de mobilitate a atenţiei (test Praga) performanţele scad faţă de lotul martor cu aproximativ 32,8% iar diferenţele de la o etapă la alta sînt semnificative.

De asemenea şi la proba de memorie se constată scăderea capacităţii de memorare, reproduceri greşite, inversiuni.

Din chestionarul de personalitate cît şi din relatările subiecţilor rezultă o stare de iritabilitate, de tensiune emoţională avînd o motivare logică.

Rezultatele probelor aplicate la intrarea şi ieşirea din schimb au pus în evidenţă unele diferenţe. La prima testare, subiecţii obţin rezultate slabe atît cantitativ cît şi calitativ, datorită oboselii, susţinută şi de concordanţa pe care o au rezultatele cu senzaţia de oboseală reclamată a începutul lucrului.

Indicii cantitativi şi calitativi obţinuţi la testul T-P (atenţie concentrată) urmează aceleaşi variaţii ca şi atenţia subiecţilor în decursul schimbului.

La începutul programului, cînd are loc adaptarea organismului la lucru, atenţia subiecţilor este deficitară, ceea ce se reflectă în randamentul scăzut al activităţii.

Acelaşi lucru îl constatăm şi la două ore după pauză cînd se instalează vizibil oboseala.

La sfîrşitul programului de lucru, performanţele slabe scad, crescînd cele bune şi mijlocii, ca rezultat al mobilizării subiecţilor în sporirea calităţii proceselor psihice, în exersarea testului cît şi în vederea realizării normelor de lucru.

Cele mai semnificative diferenţe apar în sfera proceselor psihice ca urmare a gradului înalt de responsabilitate şi a normei de lucru.

Rezultatele subiecţilor au fost consemnate în tabele şi cazurile tipice, prezentate şi sub formă grafică.

De asemenea, am corelat rezultatele la teste cu datele chestionarului elaborat de noi şi aplicat unui număr de 40 lucrătoare.

Toate operatoarele indiferent de vîrstă acuză dureri oculare, concretizate în înţepături, stări de lăcrimare, senzaţie de usturime, cefalee, tulburări de somn.

O constatare deosebit de importantă în legătură cu senzaţiile de suferinţă oculară constă în faptul că, există un orar al suferinţei care începe la jumătatea programului şi continuă pînă la ieşirea din schimb.

Lucrătoarele chestionate acuză drept cauze ale suferinţei vizuale, viteza de lucru a benzii, care are un ritm rapid, lumina artificială, uneori praful existent în atmosferă.

Majoritatea lucrătoarelor s-au adresat medicului, dar fără a efectua tratament oftalmologic.

Concluzii şi propuneri :

Activitatea de control din secţia condiţionare se caracterizează printr-o deosebită minuţiozitate şi conştiinciozitate, fiind o muncă de mare finete.

Responsabilitatea în procesul de lucru este una din cele mai importante însuşiri psihologice.

Principalele procese psihice implicate în activitatea de control, stabilite prin observaţii îndelungate, analiza psihologică a activităţii, teste şi chestionar sînt : atenţie concentrată, spirit de observaţie, memorie vizuală, atenţie distributivă şi nivelul de dezvoltare al deprinderilor efectuării operaţiilor de lucru, grefate în special pe dexteritate manuală, precizie şi siguranţa mişcărilor.

Alături de acestea, trăsăturile pozitive de caracter au o mare importanţă.

Activitatea este monotonă, deoarece controlul se efectuează la bandă, iar operaţiile sînt similare şi repetitive, mişcarea benzii prezintă un grad înalt de uniformitate.

Pornind de la constatările noastre menţionăm o parte din propunerile făcute :

— controlul C.T.C. să fie exercitat cu competenţă şi obiectivitate pe toate treptele procesului de fabricaţie, ceea ce necesită cadre cu aptitudini şi pregătire corespunzătoare acestei activităţi ;

— selecţionarea cadrelor pentru aceste locuri de muncă trebuie făcută conform normelor în vigoare şi după o riguroasă examinare psihologică ;

— îmbunătăţirea substanţială a condiţiilor de iluminat ;

— introducerea de scaune ergonomice cu postament pentru mîini şi picioare ;

— pentru menţinerea ritmului normal de lucru considerăm că sînt necesare 3 pauze : ora 8 — minute pentru mişcări de gimnastică şi privire la orizont pentru odihna analizorului vizual, ora 10 — 10,30 pauza pentru masă, ora 12 — 8 minute, pauză idem ora 8 ;

— introducerea muzicii funcţionale după un program judicios stabilit ;

— exercitarea supracontrolului de către personalul competent, selecţionat pe baze ştiinţifice.

Scanned with OKEN Scanner

INCIDENȚA ȘI PARTICULARITĂȚILE AFECȚIUNILOR NEVROTICE LA LUCRĂTORII DIN SUBTERAN

Borcea A., Savu Valeria, Răduleanu Galina, Popescu B.
— I.E.M.R.C.M. — București

Creșterea progresivă a morbidității prin afecțiuni psihice, în cadrul cărora predomină nevrozele, a devenit în prezent o importantă problemă de sănătate publică.

Această creștere a indicilor de morbiditate prin nevroze are implicații economice și sociale deosebite datorită procentului ridicat de I.T.M. pe care-l are drept consecință, ca și al invalidării unui număr important dintre nevrotici, care intră la o vîrstă relativ tînără sau mijlocie în rîndul populației parțial sau total inactive.

Analiza riscului de îmbolnăvire prin nevroze duce la constatarea unor incidențe diferite în diversele județe ale țării, precum și în raport cu ramurile economiei naționale.

În acest context a apărut necesar și s-a realizat în 1976, pe bază de contract între Centrala Cărbunelui Petroșani și I.E.M.R.C.M. un studiu asupra cauzelor nevrozelor la lucrătorii din subteran.

Cunoașterea complexului plurietiologic și analiza interrelațiilor specifice dintre factorii care contribuie la apariția și întreținerea afecțiunilor nevrotice la lucrătorii din subteran — obiectivul principal al studiului menționat — a fost precedată și a devenit posibilă numai după o analiză de profunzime a caracteristicilor morbidității specifice în acest domeniu industrial.

În acest scop, avîndu-se în vedere toți lucrătorii din subteran și pensionarii de invaliditate gradul III încadrați la E. M. Lupeni, s-au utilizat, analizat și colaționat : 1) indicii de morbiditate cu I.T.M. (concedii medicale „inițiale" și „în continuare") și cu invaliditate prin afecțiuni psihice din 1975 ; 2) rezultatele unei afecțiuni de depistare activă a tulburărilor psihice prin metoda screeningului, respectiv aplicarea unui chestionar creat în acest scop ; 3) rezultatele investigațiilor medicale, psihologice și sociologice a două loturi comparative — 100 lucrători din subteran și 33 pensionari psihici gradul III — selecționate statistic pe baza următorilor parametri ; a) punctajul obținut la chestionarul aplicat la screening ; b) vîrsta ; c) vechimea în subteran ; d) categoria profesională („mineri" — lucrători angajați direct în producția extracției de cărbune — și „auxiliari" — activități de întreținere).

Corelarea rezultatelor obținute prin folosirea acestei metodologii complexe, a dat posibilitatea unei aprecieri asupra stării de sănătate psihică a lucrătorilor din subteran de la E. M. Lupeni și a estimării patologiei psihice relativ constituite. Sintetizînd aceste rezultate, constatăm :

1) Se evidențiază în mod constant că din p.d.v. al sănătății psihice, lucrătorii de la E. M. Lupeni se diferențiază în 4 categorii. Investigarea aspectelor de epidemiologie a afecțiunilor nevrotice a avut ca punct de plecare ansamblul lucrătorilor — reprezentați prin cei 2020 lucrători care au participat la screening —, concentrîndu-se apoi progresiv în special asupra ultimilor 2 categorii. Cele 4 categorii diferențiabile sînt :

A) Categoria lucrătorilor „fără tulburări psihice" (evidențiabile în prezent) — avînd cea mai mare pondere în raport cu totalul lucrătorilor și fiind estimată, conform screeningului, la 49,15%.

B) Categoria lucrătorilor cu „încărcare potențială" sau „risc crescut de îmbolnăvire" — estimată prin screening — la 37,67% din total, procent mediu în raport cu cifrele citate în literatură și care cuprind variații între 18—60%. Cea mai mare pondere a riscului crescut de îmbolnăvire prin afecțiuni nevrotice se constată la lucrătorii de 31—40 ani, cu o vechime în subteran variind între 10—20 ani, dar cu o frecvență maximă între 10—15 ani ; 46,96% din lucrătorii de această vîrstă prezintă o „încărcare potențială", fapt care atrage atenția asupra necesității concentrării măsurilor predominant profilactice a acțiunilor medico-sociale și de înlăturare sau diminuare a factorilor patogeni la aecastă categorie de lucrători ;

C) Categoria lucrătorilor la care există probabilitatea unei patologii psihice mai mult sau mai puțin constituite — denumită de noi grupa cu „încărcare semnificativ-patologică" — este estimată prin screening la 12,8% din total. Această categorie atinge frecvența maximă la lucrătorii de 41—50 ani, crescînd progresiv în raport cu vechimea în subteran. Această constatare indică necesitatea depistării precoce, instituirii la timp și aplicării intensive și de întreținere a tratamentelor medicale complexe pentru asigurarea condițiilor de ameliorare a sănătății psihice și de menținere în activitate a lucrătorilor de 41—50 ani, care prezintă cea mai crescută incidență estimată a tulburărilor nevrotice.

Din cadrul lucrătorilor din subteran (fără pensionări) riscul de îmbolnăvire și incidența tulburărior nevrotice este mai mare la „mineri" — comparativ cu lucrătorii „auxiliari".

D) Cea de a patra categorie de lucrători este reprezentată de pensionarii de invaliditate. Ponderea cazurilor cu risc de îmbolnăvire prin afecțiuni psihice, este mai mare la pensionarii de invaliditate (prin afecțiuni somatice) ca și în special, incidența tulburărilor psihice predominantă la pensionarii prin afecțiuni psihice), aceștia dînd 35,6% din totalul tulburărilor psihice depistate prin screening (deși ei au reprezentat numai 13,56% din numărul participanților).

2) Analiza caracteristicilor morbidității prin afecțiuni psihice relevate din corelarea tuturor indicatorilor menționați, evidențiază :

a) Predominarea netă a afecțiunilor nevrotice (între 92—100% conform parametrilor urmăriți) ;

b) În cadrul afecțiunilor nevrotice predomină forma clinică de tip neurastenic simplu (73—78%). Dintre celelalte forme, mai frecvent apare forma cenestopată.

c) Privite d.p.v. stadial-evolutiv, afecțiunile nevrotice diagnosticate ar putea fi diviziate în 3 subgrupe : 1) stări „pre-nevrotice", în care simptomele nevrotice se mențin încă pe un plan secundar ; 2) afecțiuni nevrotice relativ constituite dintre care majoritatea au o intensitate ușoară, iar altele pun mai insistent problema creerii unor condiții protejate de muncă (schimbarea locului de muncă, program redus, efectuarea a 1—2 ture în loc de 3 etc.) ; 3) grupul afecțiunilor apărute pe un fond structural dizarmonic care favorizează o evoluție oscilantă și apariția recidivelor sau a afecțiunilor prelungite, cu tendința la cronicizare și „dezvoltare" nevrotică, putînd implica un potențial de invalidare.

Folosirea unei evaluări scalare în cadrul examenului psihologic a dat posibilitatea delimitării următoarelor grupe în raport cu intensitatea simptomatologiei nevrotice : a) elemente patologice izolate insuficient de intense sau de structurate pentru a constitui afecțiuni psihice propriu-zise (26%) ; b) profile nevrotice de intensitate : ușoară (40%) ; medie (26%) ; și de mare intensitate (3%).

În ceea ce privește stadiul actual al afecțiunilor diagnosticate la lucrătorii din subteran, aproximativ 50% se situează într-un stadiu de compensare — sînt

psihice", „Stări asteno-nevrotice" şi parţial grupul sindroamelor nevrotice. Majoritatea cazurilor de nevroze propriu-zise şi o parte din sindroamele nevrotice sînt într-un stadiu de subcompensare. cuprinse aici cazurile diagnosticate ca: „Tulburări

În ansamblu, marea majoritate a lucrătorilor din subteran la care s-au diagnosticat afecţiuni nevrotice reuşesc să se menţină în activitate datorită, pe de o parte, unei intensităţi mai reduse şi de mai mică amploare a simptomatologiei nevrotice şi, pe de altă parte, datorită unor factori personali ca de exemplu, anumite trăsături compensatorii de personalitate sau a unor sisteme psihice adaptative cu rol compensator. Majoritatea acestor persoane au însă nevoie de o largă susţinere socială şi medicală cu caracter protectiv şi terapeutic.

d) Creşterea netă a gravităţii simptomatologiei psihice (preponderent nevrotice) la lotul de pensionari psihici investigaţi (33), este relevată prin intermediul tuturor parametrilor analizaţi:

— creşte durata medie şi frecvenţa concediilor medicale prelungite;

— creşte incidenţa „dezvoltărilor nevrotice" — afecţiuni ajunse într-un stadiu de cronicizare, atingînd o amploare şi profunzime maxime în cadrul tipului de afecţiuni nevrotice;

— predomină tipul neurastenic cenestopat, forma clinică cu evoluţia cea mai trenantă; creşte de asemenea incidenţa formelor depresiv-anxioase şi polimorfe;

— au o pondere majoritară deficienţele funcţionale medii consecutive afecţiunilor nevrotice instalate şi de obicei, o reducere a capacităţii de muncă.

Analiza de profunzime a aspectelor de epidemiologie — aspect pe care am încercat să-l prezentăm sintetic aici — a reprezentat totodată un prim pas necesar spre cunoaştera cauzalităţii multifactoriale care generează şi întreţine morbiditatea prin nevroze la lucrătorii din subteran.

On the strength of a study concerning the causes of neuroses in mining workers completed in 1976 by a research team of the above institute and based on a complex methodology (sick-leaves, early detection by mass screening of 2020 workers, medical, psychic examinations and sociological inquiry of two comparison lots), some assessments on the health state and psychic pathology of this industrial domain could be made.

Among the salient features of the morbidity of psychic conditions we would underscore the following findings: 1) the marked prevalence of neurotic conditions and, within this framework, of the simple neurasthenic form followed by the coenesthesic one; 2) „pre-neurotic" stages.; b) reatively established conditions with most of them having a mild form; and c) conditions emerging on a disharmonious structural background with a trend towards chronicization. The majority of these affections were in a stage of compensation or sub-compensation yet usually in need of a broad social and medical protective and therapeutic support.

ASISTENŢA PSIHIATRICĂ ÎN CORELAŢIE CU DINAMICA REALITĂŢILOR DE SĂNĂTATE MINTALĂ ALE SOCIETĂŢII CONTEMPORANE

P. Brânzei, C. Postelnicu, M. Şelaru
— Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola" — Iaşi

Încă de la începuturile psihiatriei ştiinţifice, statisticile privind internările în spitalele de specialitate au devenit un instrument de lucru dintre cele mai sugestive privind realităţile psihiatrice şi de sănătate mintală ale unei anumite colectivităţi. Pe baza acestor statistici, autori ca Esquirol (1838) şi Maudsley (1872) au atras atenţia asupra creşterii numărului de bolnavi psihici de-a lungul anilor, cît şi asupra faptului că numărul de bolnavi psihici depinde nu numai de numărul lor real în cadrul unei anumite populaţii, ci şi de existenţa instituţiilor de tratament, ca şi de legislaţia şi măsurile medico-sociale în vigoare pentru epocile respective. Mai recent, autori ca Degard (1952), Goldhamer şi Marshall (1953), Malzberg (1959), Sjogrgen şi Larsson (1959) etc. au subliniat importanţa datelor furnizate de spitalele de psihiatrie pentru studierea epidemiologiei contemporane a bolilor psihice, avantajele, ca şi servituţile acestei metode. (cf. Tsung-Yi Lin & C. C. Standely — 1962).

În condiţiile ţării noastre, cercetări de epidemiologie psihiatrică, folosind datele furnizate de internările în spitalul de psihiatrie „Socola" — Iaşi, au comunicat P. Brânzei şi colaboratorii (cf. P. Brânzei). Din aceste studii rezultă de o factură evidentă şi concludentă modificarea profilului nosografic al internărilor în spitalul de psihiatrie din secolul XX, în condiţiile unei evoluţii socio-economice fără precedent în istoria omenirii, ca şi a patriei noastre, a societăţii umane.

Reluînd unele date şi concluzii din studiile susmenţionate, efectuate la spitalul „Socola", cercetarea de faţă şi-a propus, ca folosind datele statistice furnizate de acelaşi cadru organizatoric, să prezinte unele elemente mai amănunţite privind dinamica internărilor, aspectul diacronic al acestui fenomen într-o perioadă de timp reprezentativă pentru dezvoltarea asistenţei psihiatrice spitaliceşti din ţara noastră.

În acest sens, s-au studiat comparativ, la un interval de timp de 20 ani două eşantioane de cercetare cuprinzînd 1000 internări efectuate la spitalul „Socola" în anii 1956, respectiv 1976. Metodologia cercetării a constat din găsirea răspunsurilor la 63 itemuri de studiu în baza datelor consemnate în registrele de internări-ieşiri din spital, pentru o perioadă de timp similară (1 ianuarie — 31 martie) la cei doi ani luaţi în studiu.

În intervalul de timp de 20 ani dintre cele 2 eşantioane de studiu, în asistenţa bolnavilor psihici din judeţele Moldovei s-au operat evidente schimbări materializate prin crearea, la nivelul fiecărui judeţ de secţii spitaliceşti teritoriale pentru asistenţa bolnavilor psihici acuţi, cît şi a unor unităţi şi secţii pentru bolnavii neuropsihici cronici. La sfîrşitul anului 1976, în judeţele Moldovei exista o dublare a numărului de paturi pentru bolnavii psihici acuţi, faţă de 1956, şi un număr de aproape 4—5 ori mai multe paturi pentru bolnavii cu evoluţie prelungită sau cronicizaţi. Paralel cu aceste realizări organizatorice în acordarea asistenţei spitaliceşti, în viaţa social-economică a judeţelor Moldovei s-au operat schimbări radicale (cooperativizarea integrală a agriculturii, industrializarea în ritm rapid, urbanizări, migraţii ale forţei de muncă etc.).

Scanned with OKEN Scanner

Rezultatele cercetării sînt expuse în continuare în următoarele 7 tabele. Deși apreciem de la început că asupra concepției generale și metodologiei de lucru a studiului se pot face multiple și numeroase critici, pe deplin îndreptățite, concluziile acestui studiu sînt totuși sugestive asupra schimbărilor la care este supus astăzi spitalul de psihiatrie de circuit deschis, cît și asupra problematicii actuale a bolnavului psihic și relațiilor sale cu medicul psihiatru și rețeaua de specialitate.

Tabelul nr. 1

Variațiile internărilor în raport cu sexul

	1956	1976
bărbați	65%	48,5%
femei	35%	51,5%

Din acest tabel rezultă că în prezent solicitările pacienților către spitalul de psihiatrie se împart aproape în mod egal între ambele sexe. Acest lucru este explicabil, printre altele, prin prezența tot mai activă a femeii în mai toate domeniile vieții economice și sociale, evasidispariția reținerii față de internarea în spitalul de psihiatrie la aproape toate categoriile populației.

Tabelul nr. 2

Variația internărilor în raport de vîrstă

	1956	1976
0—10	6,0%	2,3%
11—20	13,2%	7,2%
21—30	28,3%	18,4%
31—40	19,1%	22,2%
41—50	19,8%	23,4%
51—60	10,2%	15,0%
61—70	2,4%	3,7%
71—80	0,8%	1,6%
81—90	0,2%	0,1%
90—100		0,1%

La fel ca și în datele studiilor efectuate anterior (cf. P. Brânzei) se impune în mod evident și indubitabil faptul că solicitările pentru asistență psihiatrică sub formă de spitalizări se fac pe seama categoriilor de vîrstă cel mai mult antrenate în activități social-productive. Asistența psihiatrică spitalicească a devenit în actualele condiții ale societății noastre o evidentă și permanentă necesitate pentru populația activă, lucru și mai evident demonstrat de datele din tabelul 4.

Tabelul nr. 3

Distribuția internărilor în raport de situația familială

1956		
căsătoriți	48 %	62,5%
necăsătoriți	40 %	23,3%
divorțați	2,8%	0,5%
concubinaje	0,3%	0,7%
situații neprecizate	4,1%	8,7%
văduvi/văduve	4,8%	2,3%

Din aceste date reiese că la asistența psihiatrică apelează în primul rînd persoanele cu un status social de căsătoriți, adică persoane din microgrupuri prezumate sociologic a avea o mai mare stabilitate a relațiilor interpersonale, fapt care poate incita la anumite ipoteze asupra aportului în etiologia bolilor psihice a unor factori sociogenetici, altfel decît se susține în mod obișnuit.

Tabelul nr. 4

Distribuția internărilor în raport de statusul socio-profesional

1956 1976		
muncitori (oameni ai muncii)	21,2%	27,7%
țărani C.A.P.	0,6%	10,0%
țărani cu gosp. individuală	23,3%	—
funcționari, activiști	2,8%	10,8%
intelectuali, persoane cu pregătire superioară	3,2%	5,5%
liber profesioniști	0,6%	—
copii, elevi, studenți	13,0%	8,8%
pensionari	5,4%	22,5%
casnice	10,0%	5,2%
fără ocupație	10,8%	8,9%
situații medico-judiciare înregistrate ca atare	0,2%	—
militari	8,9%	0,6%

Elementele comparative care le sugerează acest tabel le considerăm a fi printre cele mai concludente pentru schimbările petrecute în solicitările populației în privința asistenței psihiatrice. Din acest tabel reiese că în prezent aproape 50% din prestațiile sub formă de internări ale spitalului de psihiatrie se realizează pe seama populației active, direct antrenată în sfera producerii de bunuri materiale și valori spirituale. Pe de altă parte, nu poate fi neglijat marele număr de internări realizat pe seama indivizilor cu statut de pensionari, persoane care ajung să ocupe în prezent aproape un sfert din numărul internărilor în spital. O analiză mai amănunțită a acestei situații indică că este vorba în fapt nu atît de solicitări reale de asistență medicală, ci de internări cu caracter administrativ, cerute îndeosebi de CEMRCM, ca și de „acoperiri" în fața presiunilor sociale, de aspecte de consum abuziv de asistență medicală. O constatare care impune explicații este aceea a reducerii semnificative a internărilor pe seama militarilor. Acest lucru se explică, nu prin aceea că această categorie socioprofesională nu prezintă probleme legate de morbiditatea prin boli psihice, ci prin faptul că în 1976 la spitalul militar teritorial a existat un cadru organizatoric adecvat pentru rezolvarea problemelor de psihiatrie interesînd pe militari.

Tabel nr. 5 A

Variația internărilor în raport de mediul de proveniență — rural sau urban

	1956	1976
rural	58,8%	40,6%
urban	41,2%	59,4%

Tabel nr. 5 B

Distribuția internărilor în raport de județele de proveniență

	1956	1976
Iași	31,9%	55,9%
Vaslui	10,1%	5,5%
Neamț	9,4%	15,2%
Bacău	10,4%	7,8%
Suceava	11,3%	8,0%
Botoșani	9,6%	3,5%
Vrancea	3,6%	1,2%
Galați	4,2%	1,3%
Alte județe	9,5%	1,3%

Datele statistice de mai sus sugerează că solicitările de asistență psihiatrică se realizează în prezent cu

Scanned with OKEN Scanner

o pondere tot mai ridicată pe seama populaţiei urbane, aproape 60% din numărul internărilor fiind realizate de solicitanţi din mediul urban. În opinia noastră o asemenea constatare impune măsuri de resort în doctrina strategiei de viitor a construcţiei şi distribuirii viitoarelor unităţi de psihiatrie din ţară. Se impune în primul rînd concluzia că este nevoie de mari unităţi de specialitate în marile centre urbane cu o reţea de comunicaţii de o accesibilitate deosebită. Scăderea de o factură aproximativ uniformă a solicitărilor din partea altor judeţe care în mod tradiţional au fost în aria de deservire a Spitalului „Socola", indică că în prezent se impune delimitarea competenţelor secţiilor teritoriale de psihiatrie şi cele ale spitalului clinic interjudeţean. Metodologia şi experienţa obţinută la nivelul Spitalului „Socola" se impun a fi cunoscute şi aplicate diferenţiat şi în restul ţării, cu particularizări în raport de realităţile din teren.

Tabelul nr. 6

Distribuţia internărilor în raport de diverse categorii nosografice

	1956	1976
Boli neurologice	7,2%	1,2%
Boli neurochirurgicale	0,6%	0,5%
Boli somatice	1,7%	1,0%
Psihoze infecţioase	2,2%	—
Neurolues P.G.P.	7,2%	0,7%
Tulburări psihice de orig. toxică	1,6%	0,3%
Etilism	4,5%	10,1%
Tulburări psihice legate de maternitate	0,6%	1,9%
Tulburări psihice în boli endocrine	0,4%	—
Tulburări psihice în traumatisme craniocerebrale	1,7%	2,3%
în epilepsie	17,2%	10,4%
Tulburări psihice presenile	0,8%	3,0%
Tulburări psihice senile	1,9%	4,2%
Boli vasculare cerebrale	0,3%	0,2%
Oligofrenii	5,8%	2,7%
Psihopatii	2,9%	5,7%
Psihoze reactive	2,3%	1,5%
Nevroze	17,8%	32,1%
Psihoze endogene	6,6%	10,1%
Psihoza maniaco-depresivă	12,4%	11,1%
Fără tulburări psihice evidente în prezent	4,0%	1,0%

Lista şi conţinutul acestor categorii nosografice sînt cele pe care psihiatrii din ţara noastră le consideră a fi intrate în practica curentă şi acceptate printr-un consens general ca exprimînd punctul de vedere general admis în mediile academice şi oficiale (cf. V. PREDESCU). Din analiza comparativă a datelor furnizate de cele 2 eşantioane reiese că în decurs de 20 de ani în ansamblul nosografic al internărilor în spitalul de psihiatrie s-au produs modificări semnificative. Datorită dezvoltării altor reţele înrudite neurologic sau neurochirurgical şi bolnavul psihic de boli somato-neurologice este în prezent evident diminuată în cadrul secţiilor pentru bolnavi psihici acuţi. Diferenţierea organizatorică dintre bolnavul neurologic sau neurochirurgical şi bolnavul psihic se face în prezent cu mult mai multă rigurozitate decît în urmă cu două decenii. Actualmente psihozele infecţioase şi sifilitice ocupă o pondere statistică de-a dreptul lipsită de semnificaţie, în timp ce etilismul nominalizat ca o indicaţie expresă de internare, şi nu ca un corolar asociat altor entităţi morbide, este în continuă creştere printre solicitările de internări. De fapt este vorba de forme uşoare de etilism care apelează la tratament spitalicesc în cadrul unei presiuni sociale legate de creşterea conştiinţei sociale despre sănătatea psihică la grupuri tot mai numeroase de populaţie. Nu trebuie trecut cu vederea nici faptul că spitalul de psihiatrie este supus unei presiuni progresive din partea solicitărilor de internare din partea persoanelor cu fenomene clinice psihiatrice preinvolutve şi involutve, situaţie legată nu numai de procesul demografic actual de îmbătrînire a populaţiei, ci şi de dificultăţile acestor categorii de vîrstă de a avea inserţii socio-profesionale adecvate. Din studiul nostru rezultă că pentru psihosindroamele în interferenţă cu normalitatea reprezentate de psihopatii şi nevroze, la interval de timp de 20 ani internările în spital aproape că s-au dublat, în timp ce pentru psihozele endogene şi psihoza maniaco-depresivă nu s-au operat modificări esenţiale.

Un element pe care îl considerăm demn de semnalat în cercetarea noastră este şi cel al modificărilor şi deosebirilor de formulare a diagnosticelor la interval de două decenii. În timp ce în 1956 diagnosticele par a fi fost formulate după criterii fidele conceptelor nosologice clasice, în 1976 multe diagnostice îmbracă o formulare evident sindromologică. În opinia noastră, nu-i vorba de un tribut acordat modei şi nici de schimbări radicale de concepţie şi doctrină operate în optica psihiatrilor şcolii de la „Socola", ci de reflectarea unei situaţii de „teren" a bolilor psihice cu alte aspecte nosologice decît în urmă cu 20 ani.

Ca şi alţi autori, semnalăm marea pondere de reinternări : 25% pentru 1956, peste 45% în 1976, fapt cu numeroase implicaţii organizatorice, dar şi de psihiatrie socială. Foştii bolnavi, cît şi familiile lor devin prin acest proces unii dintre cei mai activi vectori ai permeabilizării opiniei publice despre rolul, semnificaţia şi importanţa socială a spitalului de psihiatrie.

Un aspect cu implicaţii care nu pot fi ignorate este cel generat de reducerea mortalităţii printre bolnavii psihici la cifre de-a dreptul de neconceput în această perioadă de studiu în cazul altor specialităţi medicale. Acest fenomen este explicabil, mai puţin prin progresul ştiinţelor medicale, cît mai ales prin ameliorarea condiţiilor generale de asistenţă ale bolnavului psihic şi creşterea nivelului general de trai şi de cultură a populaţiei.

Tabelul nr. 7

Dinamica mortalităţii la 1000 internări

anul	mortalitate
1956	2,5%
1976	0,3%

În lumina datelor noastre se poate concluziona că şi în prezent cercetarea spitalizărilor în spitalele de psihiatrie rămîne o metodă nu lipsită de importanţă practică în studierea epidemiologiei bolilor psihice. Dinamica spitalizărilor sugerează actualmente date semnificative asupra problemelor stării de sănătate mintală a populaţiei ca şi problematicii de psihiatrie socială din lumea contemporană. Internările în spitalele de psihiatrie îmbracă în zilele noastre un alt aspect cultural (în sensul sociologic al noţiunii), decît în epocile trecute. De foarte multe ori, internarea în spital capătă un aspect de securizare socială, de modalitate eficientă şi uneori singura posibilă de estompare şi rezolvare temporară a unor dificultăţi de integrare socio-culturală. În afara aspectelor impuse de necesităţi terapeutice de securizare socială a individului, sau chiar de prezervare a societăţii faţă de agresiunea bolnavului psihic, tot mai numeroase devin internările în spitalul de psihiatrie pentru raţiuni medico-administrative (expertize medico-legale, expertize ale capacităţii de muncă, observaţie şi precizare de diagnostic pentru indicaţii medico-sociale, expertize medico-militare etc.).

Scanned with OKEN Scanner

Din datele prezentate de noi rezultă că în problema internărilor în spitalele de psihiatrie trebuie să se acorde o atenție specială nu numai problemelor clinico-terapeutice, ci și celor socio-psihiatrice. Pentru spitalele de psihiatrie au apărut noi aspecte, noi sarcini, generate de problematica psihiatrică a societății contemporane. Aceste instituții capătă un rol medical și social tot mai important, și departe de a fi instituții „totale" — așa cum susțin unii reprezentanți ai antipsihiatriei — ele au pătruns în viața colectivelor umane din zilele noastre ca o necesitate medicală și un suport social, adesea unic, de rezolvare a tensiunilor existențiale.

ASPECTE ASUPRA MORBIDITĂȚII CU INCAPACITATE DE MUNCĂ PRIN BOLI PSIHICE ÎNTR-O UNITATE DIN INDUSTRIA DE CONFECȚII

Carmen Miller, C. Postelnicu
— Spitalul de Adulți Vaslui
— Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola" — Iași

Morbiditatea prin incapacitate temporară sau permanentă de muncă este o problemă constantă, actuală în preocupările medicilor, sociologilor, economiștilor ca și a factorilor cu responsabilități de decizie asupra vieții socio-economice.

În cadrul acestei morbidități adeseori se incriminâ, nu totdeauna justificat, marea pondere a afecțiunilor neuropsihice și în special a tulburărilor etichetate a fi de natură nevrotică.

Dat fiind faptul că în industria ușoară, în deosebi în industria textilă și de confecții, imensa majoritate a angajaților sînt femei, problema capătă adeseori dimensiuni care provoacă aprehensiuni nu numai în cercurile medicale ci și la factori cu responsabilități asupra producției. De regulă aceste fenomene apar în acele situații în care fenomenul morbidității este văzut „atomizat", exclusiv la nivelul dimensiunii medicale a problemei. Datele care le vom prezenta privind morbiditatea prin boli psihice la Fabrica de Confecții Vaslui, recentă și modernă unitate a industriei ușoare din județ, demonstrează că într-un ansamblu eficient de măsuri raționale și multilaterale de psihoprofilaxie primară morbiditatea prin boli psihice și în special tulburări nevrotice poate fi menținută la valori stabile fără o semnificație social economică și medicală deosebită.

În 1966 în etapa inițială de provizorat s-a lucrat cu 172 oameni ai muncii într-un local improvizat. Din 1967 fabrica s-a instalat într-o clădire proprie, construcție modernă, proiectată și concepută pentru industria de confecții avînd un număr de 710 oameni ai muncii.

În 1968 fabrica ajunge să producă la parametrii proiectați avînd un personal de 1508 oameni ai muncii. În anii 1969—1971 unitatea a lucrat cu cifre medii scriptice de cca. 1900 oameni ai muncii. Începînd din 1972 în urma unui continuu proces de raționalizare a muncii fabrica a cunoscut o continuă dezvoltare, personalul ei ajungînd la cca 3400 oameni ai muncii.

Pe ansamblul industrial din județ unitatea este recunoscută ca avînd o bună reputație în îndeplinirea obligațiunilor de plan, fiind 2 ani de zile consecutiv fruntașă pe ramură în cadrul economiei naționale.

Forța de muncă este reprezentată aproape în totalitate de femei tinere, media de vîrstă nedepășind 25 ani.

Nivelul de calificare al oamenilor muncii a fost asigurat inițial prin cursuri de calificare la locul de muncă, școli profesionale etc. În ultima vreme tot mai multe nou angajate sînt absolvente a 10 clase de liceu și chiar a liceelor de cultură generală și specialitate. Dat fiind faptul că județul Vaslui, este excedentar în forță de muncă, cu excepția cadrelor cu calificare superioară, cvasi totalitatea oamenilor muncii provin din județ și îndeosebi din orașul Vaslui și zona limitrofă. Navetismul este un fenomen fără semnificație socială, numai cca. 5% din oamenii muncii fiind incluși în acest mod de existență. În procesul tehnologic singurul factor incriminat de oamenii muncii ca fiind deranjant în procesul de producție și cu consecințe ulterioare pentru sănătate este zgomotul. Majoritatea oamenilor muncii sînt căsătoriți și au copii. Nu se constată fenomene îngrijorătoare și cu semnificație sociologică în ceea ce privește mobilitatea forței de muncă, nici aceea a fenomenelor implicate de fluctuațiile acesteia.

Majoritatea oamenilor muncii prezintă un nivel de aspirații pe măsura statusului socio-profesional realizat în cadrul întreprinderii. Semnalăm că în cadrul fabricii nu se lucrează în schimburi de noapte.

În afara factorilor mai sus semnalați notăm că unitatea este înzestrată cu un complex de prestații sociale la dispoziția exclusivă a oamenilor muncii: dispensar medical de întreprindere, creșă, cămin pentru personalul nefamilist, cantină restaurant etc. În ansamblu, trasportul către locul de muncă nu ridică probleme cunoscute în alte orașe ca: întîrzieri, aglomerări etc.

Studiul nostru s-a efectuat pe o perioadă de 5 ani (1972—1976) în baza datelor de evidență existente la nivleul dispensarului medical de întreprindere și a serviciilor administrative ale unității (certificate medicale pentru incapacitate temporară de muncă).

Menționăm că oamenii muncii întreprinderii beneficiază de o mare accesibilitate în a primi asistență psihiatrică: pentru perioada luată în studiu asistența de specialitate a fost asigurată de cabinetul de neuropsihiatrie din policlinica orășenească Vaslui, secția de psihiatrie a Spitalului județean Vaslui, ca și de clinica de psihiatrie din Iași. Semnalăm că la nivelul orașului Vaslui asistența medicală generală este bine asigurată dat fiind prezența unui modern spital județean cu secții pentru toate specialitățile.

Situția evoluției morbidității este redată în următoarele tabele:

Tabelul nr. 1

Variația morbidității prin boli psihice
(Zile de incapacitate temporară de muncă)

Anul	Nr. de persoane	Nr. de zile de concediu medical	Valori comparat. față de anul 1972 luat ca etalon	
			Nr. de persoane	Nr. de zile (100)
1972	16	155	100	100
1973	45	290	287	197
1974	67	603	418	390
1975	87	837	543	540
1976	70	776	431	500

Din acest tabel rezultă că incapacitatea temporară de muncă prin boli psihice a cunoscut o creştere progresivă în perioada luată în studiu, avînd în ultima vreme o tendinţă de stagnare. Pe cap de om al muncii în cursul unui an calendaristic bolile psihice au cauzat o incapacitate temporară de muncă sub 0,20 zile, cifră care se situează ca fiind lipsită de pondere în ansamblul morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă (pe plan naţional pe cap de om al muncii, se eliberează 6—7 zile concediu medical pe an). În contextul unei situaţii fără modificări în procesul de producţie sau în structura sociologică a forţei de muncă creşterea incapacităţii temporare de muncă prin boli psihice se explică după observaţiile noastre prin creşterea permanentă a conştiinţei de sănătate a populaţiei cît şi prin influenţa factorilor stressanţi surveniţi pe un fond biopsihic preexistent angajării.

Multe din tulburările nevrotice survin la personalităţi cu evidente trăsături de hipofrenie sau chiar de debilitate mintală la limită. Caracterul competitiv al activităţilor profesionale, solicitările psihofiziologice mereu crescînde impuse de procesul de producţie sînt factorii primari ai genezei acestei stări. Din observaţiile noastre rezultă mari dificultăţi de psihoprofilaxie a unei asemenea situaţii atît datorită lipsei unui examen psihologic la angajare, cît şi ca urmare a necesităţilor social-economice ale etapei pe care o parcurge societatea.

Tabelul nr. 2

Structura morbidităţii în raport de categorii nosografice.

	1972		1973		1974		1975		1976	
	Nr. de pers.	Zile C.M.	Nr. de pers.	Zile C.M.	Nr. de pers.	Zile C.M.	Nr. de pers.	Zile C.M.	Nr. de pers.	Zile C.M.
nevroze	12	87	33	178	48	438	67	639	56	546
alcoolism	2	26	5	34	6	48	9	56	7	55
epilepsie	2	26	4	35	7	64	6	73	4	98
psihoze	1	16	3	43	6	53	5	69	3	77

Din acest tabel rezultă următoarea pondere procentuală a categoriilor nosografice luate în studiu în ansamblul totalului morbidităţii din incapacitate temporară de muncă.

Tabelul nr. 3

Total zile incapacitate de muncă	—	2661 —100%
din care :		
— nevroze	—	1888 — 72%
— alcoolism	—	219 — 8%
— epilepsie	—	296 — 11%
— psihoze	—	258 — 9%

Datele noastre deşi se referă la o singură întreprindere cvasimonoprofilată, destul de unitară în ceea ce priveşte profilul socio-profesional al forţei de muncă, indică totuşi incidenţa comparativ mare în ansamblul morbidităţii psihiatrice a nevrozelor.

Pe parcursul perioadei studiate (1972—1976) la o cifră medie de 3300 oameni ai muncii sau efectuat 9 pensionări pentru gradul II de invaliditate şi 14 pensionări pentru gradul III de invaliditate. Pensionările cu gradul III de invaliditate s-au încadrat în proporţie de 2/3 din nou în cîmpul muncii, regimul juridic al încadrării în cîmpul muncii al pensionarilor de gradul III de invaliditate fiind anterior prevederilor legii nr. 3/1977.

În actuala etapă a cercetării noastre considerăm că este prematur a avansa concluzii asupra morbidităţii cu incapacitate de muncă temporară şi permanentă în industria confecţiilor de îmbrăcăminte.

În condiţiile unei industrii cu o forţă de muncă tînără, fără probleme majore existenţiale şi profesionale, incapacitatea temporară şi permanentă prin boli psihice nu prezintă aspecte îngrijorătoare, atît din punct de vedere medical cît şi sub aspect socioeconomic. Cum prin forţa lucrurilor această situaţie nu poate fi generalizată pe ansamblul economiei naţionale se impun studii de control şi în alte localităţi în special cu oameni ai muncii cu stagii îndelungate de producţie.

CONSIDERAŢII ŞI ASPECTE PRIVIND ALCOOLISMUL LA ANGAJAŢII DIN EXPLOATĂRILE FORESTIERE

V. Carpiuc, Al. Avasilcăi
C. Postelnicu
— Cîmpulung Moldovenesc
— Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola" — Iaşi

Patologia legată de muncile în sectorul forestier este în general puţin cunoscută. În mentalitatea generală cît şi în unele cercuri medicale domină adesea concepţia că, fiind vorba de activităţi în aer liber şi la munte, prezenţele în aceste sectoare sînt cvasiechivalente cu sejururi în zone de agrement. În realitate este vorba de munci fizice grele cu mare consum energetic în condiţii dificile de activitate (umezeală, frig, program de lucru — zi lumină), cu mari servituţi socio-psihologice (absenţa familiei, cazare în condiţii lipsite de confortul civilizaţiei moderne, alimentaţie bazată pe hrană rece şi preparate conservate, absenţa posibilităţilor unei activităţi culturale etc.).

În asemenea condiţii de viaţă şi muncă, consumul de băuturi alcoolice găseşte teren favorabil la grupuri mari de oameni ai muncii, ajungînd a căpăta caracteristici de endemicitate ; el devine un comportament habitual, practic imposibil de influenţat şi stăpînit prin măsuri medicale.

Observaţiile noastre se referă la o populaţie de aproximativ 530 de oameni ai muncii, pe o perioadă de circa 10 ani, aflată în zonă de deservire medicală a Spitalului teritorial Cîmpulung Moldovenesc.

În cercetarea noastră am diferenţiat două loturi cu evidente particularităţi socio-profesionale.

A. Muncitori ferestieri din parchetele de exploatare ;

B. Muncitori din sectorul de prelucrare şi industrializare a lemnului.

Aspectele socio-profesionale semnalate anterior ca fiind caracteristice muncii în zonele forestiere se referă aproape în totalitate la categoria de angajaţi care lucrează în permanenţă în parchetele de exploatare forestieră din zona amintită (munţii Bucovinei). Proveniența oamenilor muncii în atari sectoare este

Scanned with OKEN Scanner

de aproximativ 70% localnici și circa 30% persoane provenite din alte județe. Pentru muncitorii localnici contactul cu familia sau cu localitatea de proveniență, se realizează la sfîrșitul săptămînii, iar pentru ceilalți la intervale de timp mult mai mari.

Consumul de băuturi alcoolice la asemenea oameni ai muncii este greu de controlat și de observat.

Băuturile alcoolice sînt consumate îndeosebi după ieșirea din muncile efectuate în parchete, mai ales seara. Nu se semnalează în general situații de intoxicații alcoolice, de factura bețiilor obișnuite decît în mod cu totul episodic.

Aceste persoane prezintă frecvent suferințe digestive, care par mai degrabă a fi imputabile alimentației neraționale decît consumului de băuturi alcoolice. Semnalăm absența suferințelor de tip cirotic.

Consumul de băuturi alcoolice este favorizat nu numai de factori „obiectivi" (izolare, singurătate, lipsa de preocupări profesional-culturale în timp liber etc.) ci și de apariția unei mentalități și a unor deprinderi colective de consum habitual de băuturi alcolice, fiindcă toată lumea face la fel.

O asemenea situație este întreținută printre altele de contagiunea și inducția de microgrup din partea persoanelor cu statut de lideri recunoscuți sau informali, de nivelul sanitar scăzut al unor asemenea colective de muncă, cît și de evasiimposibilitatea asigurării unei profilaxii primare prin acțiuni adecvate de educație sanitară, intervenții administrative etc. În mod aproape paradoxal se poate afirma că, consumul de băuturi în atari condiții nu afectează de o factură esențială procesul de producție. La sfîrșitul săptămînii categoriile de oameni ai muncii susmenționate, revin în localitățile de origine unde se încadrează în comportamentul general al populației. În zilele de sîmbătă și duminică sub imperiul inducției de microgrup consumul de băuturi alcoolice cunoaște o deosebită intensificare. La băuturile alcoolice distilate se adaugă și consumul de bere și mai puțin cel de vin, apar frecvente stări de beție de diferite intensități, comportamente agresive. În atari situații apar adesea stări conflictuale cu implicații medico-judiciare, conflicte de microgrup, conflicte familiale.

La celălalt lot aflat sub observația noastră, este vorba de muncitori industriali din întreprinderile de prelucrare a lemnului.

Statutul activității acestor oameni ai muncii nu se diferențiază cu nimic de cel al oamenilor muncii din diversele sectoare ale activtății industriale obișnuite (muncă cu program normal, muncă în schimburi, cazări în localitatea unde lucrează alături de familia sa etc.).

Nivelul socio-profesional și de preocupări existențiale al acestui grup de angajați, nu diferă în general de cel al muncitorilor din parchetele de exploatare, deși în general se poate conidera că este mai favorabil vieții de familie și vieții de colectivitate.

Oamenii muncii din această categorie consumă zilnic băuturi alcoolice, în special după ieșirea din schimb în drum spre casă. Consumul de băuturi este favorizat de inducția de grup, ca și de prezența localurilor de desfacere a băuturilor alcoolice (bufete, în drumurile spre casă).

După unele observații ale noastre aproape 50—60% din oamenii muncii au un asemenea comportament. Consumatori de băuturi alcoolice sînt îndeosebi cei care lucrează în sectoare de activitate expuse intemperiilor, în depozite etc. și mai puțin cei care lucrează, prin profilul muncii, la activități și mașini de finețe etc.

Datorită controlului executat de organele de resort, consumul de băuturi alcoolice nu are loc în perioadele de timp legate de venirea la servicu. Un fenomen important pe planul comportamentelor de microgrup și colectivitate, este acela că alături de oamenii muncii, consumă băuturi alcoolice și membrii familiei, că practic vorbind nu există nici o presiune socială de microgrup în sensul limitării consumului de băutur alcoolice. În zilele de sîmbătă și duminică cît și alte zile nelucrătoare consumul de băuturi alcoolice ajunge la proporții impresionante.

În observațiile noastre consumul de băuturi alcoolice este favorizat printre alți factori și de nivelul cultural în general scăzut al populației studiate, de lipsa unor preocupări culturale în timpul liber, de nivelul crescut al veniturilor bănești la majoritatea locuitorilor precum și de lipsa unor ocupații cu conținut benefic pe plan personal în timpul liber, în special pentru persoanele cu statutut neretribuit (casnici, pensionari, producători individuali etc.).

Mentalitatea generală a populației față de consumul de băuturi alcoolice, este mai mult decît tolerantă și comprehesivă.

Solicitările de asistență medicală pentru etilism sînt rare și justificate de apariția de tulburări psihice cu caracter psihotic sau de situații cu implicații medico-legale. Printre acestea semnalăm în ultima vreme, cele cauzate de mijloacele de transport în special între orele 15—16, după ce angajații ies din schimb.

Combaterea alcoolismului în zonele de munte și în special printre muncitorii forestieri este o activitate la care ar trebui angajați în primul rînd fatcorii extramedicali ai profilaxiei bolilor psihice.

O măsură realizabilă fără investiții și dificultăți socio-economice, ar fi aceea că în localurile publice consumul de băuturi alcoolice să fie însoțite în mod obligatoriu de servirea unei mese calde, iar desfacerea de băuturi în magazine să se facă în limita posibilului prin reducerea planului la băuturile distilate și eventual creșterea celui de vin și bere, cît și alte băuturi cu o concentrație alcoolică redusă.

Activitățile medicale în sens de educație sanitară, crearea de puncte narcologice în întreprinderi etc. nu pot avea succes decît corelate cu măsuri de profilaxie primară și secundară.

Pînă la crearea unei secții de psihiatrie în zonă, socotim că s-ar impune familiarizarea rețelei de bază cu principalele posibilități de acțiune în cazurile de alcoolism deja manifest (dependență alcoolică), intensificarea măsurilor de acțiune comunitară extramedicală, angajarea factorilor de răspundere din întreprinderile forestiere la o campanie susținută și de lungă durată de reducere a consumului de băuturi alcoolice.

CONSIDERAȚII CU PRIVIRE LA SINDROAMELE NEVROTIFORME ÎN CONTEXT VISCERO—UMORAL

M. Șelaru, Marin Niță
— Institutul de Medicină și Farmacie — Iași

Am luat în studiu 100 observații cu diagnosticul de sindrom nevrotiform pe fond somatogen. Am obținut acest eșantion folosind metoda aleatorie simplă indirectă pe baza observațiilor din evidența Laboratorului de Sănătate Mintală Iași.

Unitatea statistică este reprezentată de persoane de ambele sexe, de vîrstă 16—60 ani, aflate în evidența Laboratorului de Sănătate Mintală pe perioada 1974—1976, cu domiciliul stabil în Iași și prezentînd sin-

Scanned with OKEN Scanner

droame nevrotiforme pe fondul unor diverse și reale suferințe somatice.

În analiza acestui eșantion am luat în discuție diverși factori cu implicații mai mult sau mai puțin importante în geneza entității morbide care reprezintă tema studiului nostru și am constatat următoarele:

1. Din cele 100 observații, 78 (78%) sînt femei, iar 22 (22%) observații bărbați. Deoarece am folosit în alegerea eșantionului metoda aleatorie simplă, nu putem spune dacă această proporție pe sexe este semnificativă în ce privește predominența bolii la sexul feminin.

2. Analizînd factorul vîrstă am constatat că din cele 78 observații femei, 2,5% sînt în grupa de vîrstă 21—25 ani, 8,9% în grupa 26—30 ani, 8,9% în grupa 31—35 ani, 15,3% în grupa 36—40 ani, 24,3% în grupa 36—40 ani, 24,3% în grupa 41—45 ani, 25,6% în grupa 46—50 ani, 10,2% în grupa 51—55 ani, 1,2% în grupa 56—60 ani și 2,5% peste 60 ani.

Se remarcă o predominanță a grupelor de vîrstă 36—60, fapt care ar putea fi explicat prin sumarea acțiunii multiplelor afecțiuni somatice cronice la această vîrstă sau și prin apariția simptomatologiei de preclimacterium și climacterium care ar accentua acuzele nevrotice deja existente și „ar forța" adresabilitatea la medic. În ce privește legătura sau nu a sindromului nevrotic cu această din urmă afirmație, vom reveni mai tîrziu.

Este de asemenea, interesant de observat că la grupele extreme numărul observațiilor este foarte redus: între 21—25 ani 2,5%; între 56—60 ani 1,2% și peste 60 ani 2,5%.

Analiza aceluiași factor la cele 22 observații de sex masculin arată o predominență a grupelor 41—45 ani (22,7%), 46—50 ani (22,7%), 56—60 ani (22,7%), peste 60 ani (22,7%). Am găsit un singur caz (4,5%) la grupa de vîrstă 21—25 ani, 3 cazuri între 36—40 ani și 3 cazuri între 51—56 ani (13,6%). Se observă că la grupa de vîrstă 26—35 ani nu am găsit nici un caz, fapt quasisemnificativ deoarece numărul de observații este foarte mic.

Comparînd datele din analiza factorului vîrstă la cele două sexe, se vede ușor că la femei boala apare în proporție relativ semnificativă la vîrste mai tinere (12 observații între 36—40 ani) scăzînd foarte mult în jur de 55—60 ani și peste 60 ani, în timp ce la bărbați boala apare destul de frecvent și la această grupă de vîrstă extremă.

Observațiile studiate de noi prezintă simptomatologia tipic nevrotică pe fondul unor multiple suferințe organice obiectivate clinic și paraclinic. Dintre aceste suferințe noi am ales pentru fiecare observație, pe grupe de vîrstă, pe aceea care domină tabloul clinic și care este mai frecvent amintită și descrisă în istoricul bolii alături de suferința psihică de tip nevrotic.

Astfel, din cele 78 femei, 11,5% prezintă discartroză cervico-lombară sau/și sindrom lombo-sciatic; 2,5% migrenă; 3,4% anemie hipocromă; 1,2% hepatită epidemică; 3,4% hepatită cronică sau/și ciroză; 7,7% t.b.c. pulmonar și extrapulmonar; 8,9% ulcer gastro-duodenal; 3,4% traumatism cranio-cerebral; 7,7% colecistită sau/și colică biliară; 2,5% stenoză mitrală; 15,3% hipertensiune arterială; 5,12% insuficiență cardiacă; 2,5% miopie forte; 2,5% bisinoză-astm bronșic; 3,4% diabet zaharat; 2,5% gușă nodulară; 1,2% intoxicație medicamentoasă voluntară; 3,4% ovariectomie-insuficiență ovariană; 1,2% ateroscleroză; 1,2% periatrită scapulo-humorală; 1,2% neo de col; 2,5% nevralgie Arnold; 1,2% osteoporoză; 1,2% persistența canalului arterial.

Analizînd factorul suferință somatică nevrotigenă pe grupe de vîrstă, constatăm că în grupa 21—25 ani (2) 1 caz prezintă traumatism cranio-cerebral și un caz miopie forte;

— în grupa 26—30 ani (7) 1 caz cu migrenă, 2 cazuri anemie hipocromă, 1 caz traumatism cranio-cerebral, 2 cazuri colecistită-colică biliară, 1 caz intoxicație medicamentoasă voluntară;

— în grupa 31—35 ani (7), 1 caz cu discartroză, 2 cazuri ulcer gastro-duodenal, 1 caz traumatism cranio-cerebral, 1 caz diabet zaharat, 1 caz ovariectomie și insuficiență ovariană, 1 caz nevralgie de trigemen;

— în grupa 36—40 ani (12), există o variabilitate de suferințe organice mai frecvente (2 cazuri), fiind bolile cardio-vasculare, inclusiv hipertensiunea arterială;

— în grpua 41—45 ani (19) predomină bolile cardio-vasculare (hipertensiunea arterială, insuficiența cardiacă, ateroscleroza (4 cazuri), discartroza cervico-lombară, sciatica (4 cazuri), ulcerul duodenal (3 cazuri) și hepatita cronică și astmul cu cîte 2 cazuri, alte afecțiuni (hepatita epidemică, tuberculoza, colecistita cronică, insuficiența ovariană) cu cîte un singur caz;

— grupa 46—50 ani (20) predomină bolile cardio-vasculare (6) urmate de T.B.C. 4 cazuri, discartoză 3 cazuri și traumatismul craniano-cerebral 2 cazuri, alte afecțiuni fiind înregistrate cu cîte un caz (hepatita cronică, gușa nodulară, ovariectomia);

— în grpua 51—55 ani (8) predomină bolile cardio-vasculare cu 6 cazuri;

— în grupa peste 60 ani ambele cazuri au boli cardio-vasculare.

Se observă că din cele 78 femei 24,3% prezintă afecțiuni cardio-vasculare, 11,5% discartroză cervico-lombară și sciatică, 8,9% ulcer gastro-duodenal, 7,7% tuberculoză pulmonară și extrapulmonară (în evidența sau scoase din evidența dispensarului T.B.C.) și 7,7% colecistită-colică biliară, alte afecțiuni fiind într-un procentaj destul de scăzut.

La bărbați situația este următoarea: din cele 22 observații 22,7% prezintă boli cardio-vasculare (hipertensiune arterială — HTA — infarct miocardic, ateroscleroză), 22,7% boli digestive (ulcer gastro-duodenal, hepatită cronică, gastrită cronică, 13,6% T.B.C. pulmonar și extrapulmonar și cîte 4,5% anemie hipocromă, paralizie infantilă, torticolis, spasmodic, pleurezie, ileus visceral, traumatism cranio-cerebral, ciroză, diabet zaharat, calculoză renală.

Este interesant de văzut că la ambele sexe, pe locul întîi se situează bolile cardio-vasculare, ca factor somatic nevrotigen, dar în timp ce la femei urmează ca frecvență T.B.C. și bolile digestive, la bărbați locurile următoare sînt ocupate de T.B.C. și alte maladii, cele digestive situîndu-se tot pe primul loc.

4. Factorul stare civilă relevă că din 78 femei 76,9% sînt căsătorite, 3,4% necăsătorite, 5,1% văduve, 5,1% divorțate, 1,2% concubinaj, 2,5% recăsătorite, 5,1% despărțite.

Pe grupe de vîrstă se observă că dacă între 21—40 ani procentajul de persoane căsătorite oscilează între 95—100%, la grupa de vîrstă 46—50 ani situația se prezintă astfel: din cele 20 femei din această grupă, 12 (60%) sînt căsătorite, 2 (10%) necăsătorite, 2 (10%) văduve, 1 (5%) concubinaj, 1 (5%) despărțite. La grupele următoare, situația este asemănătoare.

Se pare că există o concordanță între procentul cazurilor din această grupă de vîrstă (22,6%) față de totalul femeilor (78) și rezultatele analizei factorului stare civilă.

La bărbați, din 22 observații 68,2% sînt căsătoriți, 9,0% necăsătoriți (grupele 21—25 ani și 36—40 ani), 13,6% văduvi, 4,5% concubinaj și 4,5% recăsătoriți.

Față de femei (76,9%) există la bărbați un procentaj aproape maxim (90,9%) de căsătoriți, necăsătoriți și văduvi, de unde s-ar putea trage concluzia că la bărbați, tulburările de tip nevrotic sînt influențate mai puțin de relațiile socio-familiale.

5. Studiile. Analiza acestui factor la cele 78 observații de sex feminin arată 32,0% cu școală neterminată, 21,9% cu școală elementară, 25,9% absolvenți ai diverselor licee (de cultură generală, industrial, pedagogic, economic), 6,4% absolvenți ai unor institute

Scanned with OKEN Scanner

superioare, 6,4% şcoli de calificare profesională, 3,4% şcoală tehnică sanitară, 2,5% şcoală postliceală şi 1,2% analfabeţi (1, în cifre absolute).

Analizînd pe grupe de vîrstă şi pe total şcoli absolvite, se poate vedea că la grupele de vîrstă tînără (21—25 ani, 25—30 ani, 31—35 ani) predomină pregătirea medie, superioară şi postliceală, în timp ce la grupele de vîrstă mijlocie predomină pregătirea elementară sau de calificare profesională.

Dacă pregătirea elementară, şcoala elementară, analfabeţii şi pregătirea profesională, obţinem un total predominant de 61,66% urmat de pregătirea medie 25,9%, şcolile postliceală 6,4% şi pregătirea superioară 6,41%. Predominenţa pregătirii elementare scade însă dacă grupăm pregătirea medie, postliceală şi superioară obţinînd astfel un al doilea eşalon de 38,34% (30 observaţii).

Analiza acestor ultime date statistice obţinute din studiul nostru, nu ne poate duce la concluzia predominenţei nete a tulburărilor nevrotice la un anume grup cu un anumit nivel de instrucţie.

În acest sens, reţinem o frază care limpezeşte şi întăreşte concluziile noastre în ce priveşte legătura dintre nivelul de instrucţie şi prevalenţa tulburărilor nevrotice: „Prevalenţa obsesivo-fobică sau cenestopatică nu este condiţionată de nivelul cultural al persoanei în cauză decît doar prin maniera de tratare explicativă a trăirilor penibile, conţinutul calitativ neintenţional rămînînd sensibil apropiat“ (P. Brânzei).

La bărbaţi, din cele 22 observaţii 13,6% au şcoală de calificare profesională. 45,45% diverse licee (de cultură generală, economic, tehnic), 18,18% cu institute superioare, 9,09% cu şcoală de ofiţeri, 13,6% cu şcoală neterminată. Folosind aceeaşi grupare ca mai sus obţinem că 72,72% au şcoală medie şi institute superioare şi doar 27,27% şcoală elementară, situaţie aproximativ inversă ca la observaţiile de sex feminin.

6. Vîrsta la terminarea studiilor.

La femei, din 78 cazuri, 39 (50%) au terminat şcolaritatea sub 15 ani, 21 (26,64%) între 15—20 ani, 11 (14,10%) între 21—25 ani, 7 (9,26%) între 26—30 ani. La vîrstele tinere, sub 30 ani, majoritatea subiecţilor au terminat studiile peste 20 ani. La grupele de vîrstă peste 30 ani se observă că predomină vîrsta de sub 20 ani ca vîrstă de terminare a studiilor.

La bărbaţi, din 22 observaţii, 10 (45,45%) au terminat studiile sub 18 ani şi 11 (50%) peste 20 ani, din care 5 (22,7%) între 21—25 ani, 6 (27,27%) între 26—30 ani. Şi aici grupele de vîrstă tînără au terminat în general studiile peste 18 ani, pe cînd cele de vîrstă medie şi înaintată, sub 18 ani.

7. Profesia.

Studiul observaţiilor de sex feminin prin prisma acestui factor arată o mare diversitate de profesii ceea ce demonstrează că o anumită profesie nu este mai „nevrotigenă“ decît alta şi că, influenţa profesiei asupra simptomatologiei de tip nevrotic depinde mai ales de tipul de activitate nervoasă superioară.

Astfel, din 78 observaţii, 2,5 sînt învăţătoare, 3,4% profesoare, 1,2% ingineri, 7,7% contabili sau/şi economişti, 1,2% controlori C.T.C., 2,5% gestionari, 2,5% secretare, 3,4% laborante, 1,2% proiectanţi, 1,2% telefoniste, 2,4% desenatori tehnic, 43,58% muncitoare de diverse profiluri, 3,4% asistente medicale şi de farmacie, 1,2% ospătari, 3,4% casnice, 1,2% impiegaţi de mişcare, 7,7% dactilografe, 2,5% tehnicieni, 3,4% funcţionare.

Şi la bărbaţi profesiile sînt diverse. Astfel, muncitorii reprezintă doar 8,9%, pensionari 22,7%, ingineri 4,5%, profesori 4,5%, jurişti 4,5% ofiţeri 9,09%, maiştri militari 4,5%, funcţionari 4,5%, contabili 4,5%, tehnicieni 4,5%, studenţi 4,5%. Nu există nici o legătură între grupa de vîrstă şi anumite profesii. Din cei 7 muncitori 1 este în grupa 36—40 ani, 2 în grupa 41—45 ani, 1 în grupa 46—50 ani, 2 în grupa 51—55 ani şi 1 în grupa 56—60 ani. Cei 5 pensionari sînt în grupa 51—60 ani, intelectualii în grupa 36—50 ani. Restul profesiilor sînt în grupa peste 41 ani.

8. Studiul vechimii în profesie arată:

— 26,4% cu o vechime de 0—5 ani, dintre care 2,5% în grupa de vîrstă 21—25 ani, 6,15% în grupa 26—30 ani, 2,5% în grupa 31—35 ani, 2,5% în grupa 36—40 ani, 1,2% în grupa 41—45 ani şi 1,2% în grupa 51—55 ani;

— 11,5% cu 6—10 ani vechime, din care 2,5% în grupa 26—30 ani, cîte 1,2% în grupa 31—35 ani, respectiv 36—40 ani, cîte 2,5% în grupele 41—45 şi 46—50 ani, precum şi 1,2% în grupa 51—55 ani;

— 20,5% cu 11—15 ani vechime, din care cîte 2,5% în grupele 31—35 şi 51—55 ani, cîte 3,4% în grupele 36—40 şi 41—45 ani şi 7,7% în grupa 46—50 ani;

— 26,63% cu 16—20 ani vechime, cîte 1,2% în grupele 56—60 ani şi peste 60 ani, 2,4% în grupa 31—35 ani, 3,4% în grupa 51—55 ani, 5,12% în grupa 46—50 ani şi cîte 6,15% în grupele 36—40 ani şi 41—45 ani;

— 20,5% cu 21—25 ani vechime, 1,2% în grupa 36—40 ani, 11,5% în grupa 41—45 ani, 7,7% în grupa 46—50 ani;

— 5,12% cu 26—30 ani vechime, cîte 1,2% în grupele 51—55 şi 56—60 ani şi 2,5% în grupa 46—50 ani.

La toate categoriile de vîrstă vechimea în profesie concordă, în general, cu vîrsta respectivă. De remarcat doar că la grupa 31—35 ani 2 persoane (2,4%) au între 0—5 ani vechime; la grupa 36—40 ani 2,4% au 0—5 ani vechime şi 1,2% 6—10 ani vechime; la grupa 41—45 ani 1,2% cu 0—5 ani vechime, 2,4% cu 6—10 ani vechime, 3,5% cu 11—15 ani vechime; la grupa 46—50 ani 2,4% cu 6—10 ani vechime, 7,7% cu 11—15 ani vechime, 5,12% cu cîte 16—20 ani; la grupa 51—55 ani 1,2% cu 0—5 ani vechime, 1,2% cu 6—10 ani vechime, 2,4% cu 11—15 ani vechime, 3,4% cu 16—20 ani vechime. Aceste constatări ne pot îndreptăţi să afirmăm că vechimea în profesie este un indicator al duratei şi gravităţii tulburărilor somatice şi psihice, într-un raport de inversă proporţionalitate.

La bărbaţi, din 22 observaţi, 1 (4,54%) este student, 1 (4,54%) are o vechime de 0—5 ani şi aparţine grupei de vîrstă 36—40 ani;

— 3 (13,6%) cu 6—10 ani vechime, din care 2 (9,09%) în grupa 46—50 ani şi 1(4,54%) în grupa 36—40 ani;

— 3 (13,6%) cu 11—15 ani vechime, din care 1 în grupa 56—60 ani, 1 în grupa 46—50 ani, 1 în grupa 41—45 ani;

— 2 (9,08) cu 16—20 ani vechime, 1 în grupa 51—55 ani şi 1 în grupa 36—40 ani;

— 4 (18,18%) cu 21—25 ani vechime, 1 în grupa 41—45 ani, 1 3n grupa 46—50 ani, 1 în grupa 51—55 ani şi 1 în grupa 56—60;

— 6 (27,27%) cu 26—30 ani vechime, 2 (9,09%) în grupa 56—60 ani, 1 (4,54%) în grupele 46—50 ani şi 41—45 ani;

— 2 (9,09%) cu 31—35 ani vechime, 1 (4,54%) în grupa 56—60 ani şi 1 (4,54%) în grupa 51—55 ani.

Şi aici apare o concordanţă între grupa de vîrstă şi vechimea în profesie. La persoanele peste 41 ani doar 27,27% au sub 20 ani vechime faţă de 54,54% care au peste 20 ani vechime, pe cînd la femei peste 41 ani, 19 au peste 20 ani vechime şi 32 sub 20 ani.

9. Vechimea în muncă, arată, la femei, o concordanţă cu vechimea în profesie. Astfel, 9,26% au între 0—5 ani vecihme, din care 2,4% în grupa 21—25 ani, 3,5% în grupa 26—30 ani, 1,2% în grupa 31—35 ani şi 1,2% în grupa 36—40 ani;

— 14,10% cu 6—10 ani vechime, din care 3,4% în grupa 26—30 ani, 1,2% în grupa 31—35 ani, 2,4% în grupa 41—45 ani şi 3,5% în grupa 46—50 ani;

— 21,79% cu 11—15 ani vechime, din care 1,2% în grupa 26—30 ani, cîte 3,4% în grupele 31—35, 36—40 şi 46—50, 51—55 ani, 5,12% în grupa 41—45 ani;

— 26,63% cu 16—20 ani vechime, cîte 1,2% în grupele 56—60 ani şi peste 60 ani, 2,4% în grupa 31—35

Scanned with OKEN Scanner

ani, cîte 5,12% în grupele 36—40 ani și 41—45 ani, 7,7% în grupa 46—50 ani;

— 20,5% cu 21—25 ani vechime, cîte 1,2% în grupele 36—40 ani și peste 60 ani, 11,5% în grupa 41—45 ani, 6,15% în grupa 46—50 ani;

— 7,7% cu 26—30 ani vechime, 2,4% în grupa 51—55 ani, 3,5% în grupa 46—50 ani, 1,2% în grupa 36—40 ani.

La bărbați, din cei 22 studiați, doar 5 (22,7%) persoane au sub 20 ani vechime, din care 3 (13,6%) în grupa 36—40 ani, 1 (4,54%) în grupa 56—60 ani, 1 (4,54%) în grupa 51—55 ani, iar restul de 17 (77,27%) au peste 20 ani vechime în muncă.

Se observă că la bărbați, spre deosebire de femei, activitatea în cîmpul muncii nu pare a fi afectată de acuzele psihice și suferințele somatice.

10. De un interes deosebit în aprecierea intensității fenomenelor nevrotice și influența lor asupra activității sociale în general, este și aprecierea numărului de unități unde a lucrat subiectul.

Din cele 78 femei, 41 (53,85%) au lucrat într-o întreprindere, 17 (21,9%) în două întreprinderi, 14 (17,9%) în 3, 2 (2,4%) în patru întreprinderi și 3 (6,41%) în cinci întreprinderi.

Din cele 36 (46,15%) persoane care au lucrat în mai multe întreprinderi, 24 (30,76%) sînt din grupa de vîrstă 41—45 ani, 4 (5,12%) din grupa de vîrstă 51—60 ani și 8 (10,25%) din grupa 21—40 ani.

Din cele 5 (22,7%) persoane care au lucrat în 4 și 5 întreprinderi, 3 (13,6%) sînt din grupa 41—45 ani, 1 (4,54%) din grupa 51—55 ani, 1 (4,54%) din grupa 36—40 ani.

Faptul că din cele 78 cazuri 36 (46,15%) au lucrat în 2 și peste 2 întreprinderi, iar din acestea din urmă 19 (24,3%) au lucrat în 3, 4 și 5 întreprinderi, ni se pare semnificativ și ne îndreptățește să tragem concluzia că, în cazul studiului nostru, tulburările psihice în special și leziunile organice în general, au influențat serios activitatea productivă a bolnavelor.

La bărbați această afirmație este și mai mult întărită prin faptul că din 22 persoane studiate numai 5 (22,7%) au lucrat într-o întreprindere și 17 (77,27%) în 2 sau mai multe întreprinderi, dintre care 5 (22,7%) în două întreprinderi, 4 (21%) în trei, 5 (22,7%) în patru și 3 (13,6%) în cinci întreprinderi. Dintre cele 8 (36,36%) persoane care au lucrat în 4 și 5 întreprinderi, 5 sînt între 41—50 ani, 2 între 51—55 ani și 1 între 36—40 ani.

11. Factorul schimbarea profesiei ne poate da și el informații în ce privește activitatea socio-economică a persoanelor cu sindrom nevrotiform pe fond somatogen, studiate de noi.

Astfel, 24 (30,7%) femei din cele 78 și-au schimbat profesia, dintre care 10 (12%) în grupa de vîrstă 41—45 ani, 7 (8,9%) în grupa 46—50 ani și 3 (3,4%) în grupa 26—30 ani. 48 (60,4%) femei nu și-au schimbat profesia. Aceste rezultate stastistice afirmă că există o influență a bolii asupra activității socio-economice.

La bărbați, 1 (4,54%) este student, iar din cei 21 (90,9%) care au activat sau activează în cîmpul muncii, 8 (36,3%) au schimbat profesia iar 13 (59,1%) nu au schimbat-o.

Comparînd rezultatele de la cele două sexe remarcăm o proporție asemănătoare, deci schimbarea profesiei este și în acest caz semnificativă în ce privește comportamentul social al bolnavilor studiați.

12. Pensionarea pe caz de boală — sindrom nevrotic și suferință somatică — este întîlnită la 45 (57,6%) din cele 78 femei, dintre care 33 (42,3%) pensionate gradul II și 12 (15,3%) pensionate cu gradul III. Din 7 persoane grupa 26—30 ani 1 este pensionată; din 7persoane din grupa 31—35 ani 3 sînt pensionate; din 12 persoane grupa 36—40 ani, 6 sînt pensionate; din 19 persoane din grupa 41—45 ani, 14 sînt pensionate; din 20 persoane din grupa 46—50 ani, 14 sînt pensionate; din 8 persoane 51—55 ani 6 sînt pensionate; 1 persoană din grupa 56—60 ani este pensionată.

Se constată proporția mare de persoane pensionate la grupele de vîrstă 31—55 ani, grupe active socio-economic. Aceasta dovedește — o dată în plus — că sindromul nevrotiform pe fond somatogen este o realitate și reprezintă un important factor de perturbare a activității socio-economice și culturale prin proporția ridicată de incapacitate temporară sau definitivă de muncă.

Și la bărbați se poate evidenția o situație asemănătoare: din 22 persoane, 1 (4,54%) este student și 12 pensionate, dintre care, 1 4,54%) gradul I, 8 (36,36%) gradul II și 3 (13,6%) gradul III. Persoana pensionată gradul I face parte din grupa de vîrstă 56—60 ani; cele 8 persoane pensionate gradul II fac parte din grupa mare de vîrstă activă 36—60 ani, iar pensionații gradul III, 1 din grupa 36—40 ani și 2 din grupa 46—50 ani. Din totalul persoanelor pensionate, 8 au peste 45 ani (36,36%).

13. Numărul membrilor din familie și numărul copiilor minori. La femei, 6 persoane constituie o familie formată dintr-un singur membru (7,7%), 18 (23,07%) au 2 membri, 23 (29,48%) cu 3 membri, 22 (28,20%) cu 4 membri, 5 (6,14%) cu 5 membri, 3 (3,4%) cu 6 membri și 1 (1,2%) cu 7 membri.

În ce privește copiii minori, 18 (23,07%) persoane au cîte un copil minor, 12 (15,3%) cu cîte 2 copii, 1 (1,2%) cu 3 copii și 1 (1,2%) cu 5 copii.

La bărbați, 1 (4,54%) persoane reprezintă singurul membru al familiei sale, 14 (63,63%) persoane au cîte 2 membri, 3 (13,6%) cu 3 membri, 4 (18,18%) cu 4 membri. Doar 7 (31,70%) persoane au copii minori, 5 (22,7%) persoane cu cîte un copil minor și 2 (9,09%) persoane cîte 2 copii minori.

Din analiza acestor factori rezultă, dar nu absolut, că în cadrul grupelor de vîrstă cu numărul cel mai mare de observații există și cele mai multe persoane cu 5, 6 și 7 membri în familie și cu un număr mai mare de copii minori. Acest fapt ar putea fi considerat ca factor favorizant al apariției sau intensificării suferinței psihice.

14. Venitul mediu lunar. 2 (2,4%) persoane din 78 femei au 1.000 lei/lună, 16 (20,5%) între 1.001—1.500 lei, 23 (29,48") între 1.501—2.000 lei, 11 (14,10%) între 2.001—2.500 lei, 26 (33,33%) peste 2.500 lei. Se vede că numărul persoanelor cu venit mediu lunar sub 1.500 lei reprezintă doar 23,07% față de 76,64% persoane cu venit peste 1.500 lei, din care 47,43% cu venit peste 2.000 lei. Cele 2 (2,4%) persoane cu venitul de 1.000 lei aparțin grupei de vîrstă 51—55 ani. La grupele de vîrstă cu număr mai mare de cazuri se observă că majoritatea persoanelor au peste 1.500 lei lunar.

La bărbați situația este următoarea: 3 (13,6%) persoane cu venit de 1.000 lei, la grupele de vîrstă 36—40 ani, 46—50 ani și 51—55 ani; 4 (18,18%) cu 1.001—1.500 lei; 1 (4,54%) cu 1.500—2.000 lei; 15 (68,18) cu 2.001—2.500 lei și peste 2.500 lei.

15. Numărul camerelor de locuit și condițiile sanitare. Din cele 78 observații de sex feminin, 8,97% au cîte un cameră, 64,10% au cîte 2 camere și 24,35% cîte 3 camere. Persoanele cu cîte una cameră fac parte din fiecare grupă de vîrstă, exceptînd grupele 36—40 ani și peste 56 ani.

În ce privește condițiile sanitare, 25,9% au condiții foarte bune, 64,10% condiții bune, 6,4% condiții satisfăcătoare, 1,2% condiții negative și 2,4 condiții rele. Pe total, din 78 observații, 89,74% au condiții sanitare bune și foarte bune, restul de 11,26% avînd condiții satisfăcătoare, negative sau rele.

La bărbați 13,6% au cîte una cameră, 63,63% cîte două camere și 22,7% cîte 3 camere. Cele 13,6% cu cîte una cameră fac parte din grupele de vîrstă 36—40 ani, 45—50 ani, 56—60 ani. Condițiile sanitare sînt: la 9,09% negative. Pe total, din 22 persoane, 19 (36,36%) au condiții sanitare foarte bune și doar 3 (13,6%) au condiții satisfăcătoare și rele.

Scanned with OKEN Scanner

Analiza acestor date ne duce la concluzia că numărul camerelor de locuit şi condiţiile sanitare nu pot fi considerate drept factori socio-economici favorizanţi sau agravanţi ai manifestărilor nevrotice la eşantionul pe care l-am studiat noi.

16. Factorul alimentaţie. La femei, 16,41% au alimentaţie foarte bună, 61,53% au alimentaţie bună, 16,41% satisfăcătoare şi 5,12% insuficientă.

Avînd în vedere acest lucru, putem considera, deşi cu rezervă, că factorul alimentaţie poate fi incriminat în general şi menţinerea tulburărilor de tip nevrotiform, la unele categorii de persoane, însă rolul său este minor deşi alimentaţia insuficientă, satisfăcătoare reprezintă 26,1% faţă de 73,9% cît reprezintă alimentaţia bună şi foarte bună.

La bărbaţi, 13,6% au alimentaţie bună, 68,2% alimentaţie bună şi 18,8% alimentaţie satisfăcătoare. Dintre persoanele cu alimentaţie satisfăcătoare, 9,09% fac parte din grupa de vîrstă 51—55 ani, şi cîte 4,54% din grupele 36—40 ani şi 41—45 ani.

În acest caz, din analiza statistică pe total şi pe grupe de vîrstă nu reiese intervenţia factorului alimentaţie în accentuarea tulburărilor psihice.

17. Condiţiile la locul de muncă. Din totalul de 78 femei studiate, 7,79% acuză tură de noapte, 24,35% muncă grea, dar fără a specifica, 6,41% ritm rapid de lucru, 15,38% substanţe toxice, 26,63% zgomot, 16,66% praf, 6,41% variaţii mari de temperatură, 5,12% umezeală şi 16,66% scame. Unele persoane incriminează şi cîte 2—3 noxe şi condiţii nefavorabile de muncă. Cea mai incriminată noxă este zgomotul (26,63%); urmează apoi munca grea, (24,35%), praful (16,66%) şi substanţele toxice diverse (15,38%).

În ce priveşte bărbaţii, 4,54% acuză muncă de noapte, 50% muncă grea, (fără specificare), 13,6% ritm rapid, 13,6% zgomot şi 4,54% căldură.

Analiza acestui factor duce la certitudinea că majoritatea persoanelor studiate, de ambele sexe, au suferit influenţa noxelor şi condiţiilor nefavorabile de la locul de muncă, noxe şi condiţii care, cu mare probabilitate, au contribuit la accentuarea simptomatologiei de tip nevrotic, fapt care este în concordanţă şi cu datele din literatură.

18. Antecedente heredo-colaterale — tata. Din cele 78 observaţii femei, numai 58,97% au antecedente heredo-colaterale pe linie paternă. Dintre acestea 1,2% au în antecedente nevroză, 5,13% alte boli nespecificate, 6,41% HTA şi accidente vasculare cerebrale, 7,69% alte boli cardio-vasculare, 1,2% tumoră celebrală, 6,41% hepatită epidemică cronică sau ciroză, 5,12% boli renale, 14,1% TBC pulmonar şi 11,5% diverse neoplasme. Persoanele cu antecedente nevroză şi alte boli psihice fac parte după cum urmează: 3,5% din grupa de vîrstă 46—50 ani; 1,2% 31—35 ani; 1,2% din grupa 36—40 ani. Se remarcă frecvenţa relativ mare a tuberculozei pulmonare şi a bolilor cardio-vascuare (cîte 14,1%), fapt care explică şi frecvenţa mare a acestor maladii şi la cazurile din cadrul studiului nostru.

La bărbaţi, doar 45,45% prezintă antecedente pe linie paternă, dintre care 13,6% neoplasme, 4,5% ulcer gastric şi duodenal, 18,18% HTA, 4,54% odenom de prostată şi 4,54% etilism cronic. Şi aici remarcăm frecvenţa mare a bolilor cardio-vasculare, neoplasme şi tumori benigne, precum şi un caz (4,54") de etilism cronic care ar putea explica şi structura psihică deosebită a procesului respectiv („fond psihiatric constituţional care prin el însuşi nu are caracter patologic propriu-zis" — P. Brânzei).

Conchidem prin a afirma că din studiul acestui factor — antecedentele heredo-colaterale — tata — rezultă caracterul familial la unele persoane — a unui fond premorbid somato-psihic.

19. Antecedentele heredo-colaterale — mama. 53,84% din femeile studiate au antecedente materne: 3,5% au în antecedente nevroze, 25,9% boli cardio-vasculare din care 6,41% HTA, 11,5% alte boli cardio-vasculare şi 7,69% ateroscleroză cerebrală; 5,12% au în antecedente afecţiuni ale aparatului genital, 7,69% boli digestive hepato-biliare, 1,2% diabet zaharat, 1,2% guşă hipertiroidizată.

Din nou reiese pregnant caracterul dominant al bolilor cardio-vasculare, boli care domină şi la descendenţi. La fel, bolile digestive şi din sfera genitală precum şi tulburările de tip nevrotic. Dintre persoanele cu antecedente nevroză, 1 (1,2%) este în grupa 36—40 ani şi 2 (2,5%) în grupa 41—45 ani.

La bărbaţi, 7 (31,1%) din 22 prezintă antecedente pe linie maternă, 18,18% cu HTA şi 13,6% cu diverse afecţiuni nesemnificative pentru studiul nostru. Se remarcă absenţa tulburărilor psihice, fapt nesemnificativ datorită numărului mic de observaţii.

20. Antecedente heredo-colaterale — fraţi. 11 (14,10%) din cele 33 (42,30%) persoane care au antecedente pe linie fraternă, au antecedente psihice: 1,2% cu debilitate mintală, 2,5% cu schizofrenie, 3,5% cu nevroză, 1,2% cu enursis şi 5,12% cu alte boli psihice nespecificate.

Urmează în ordine TBC pulmonar şi extra pulmonar (10,25%), bolile cardio-vasculare (7,69%), bolile digestive (6,41%), boli renale şi neoplasme cîte 1,2%.

Pe grupe de vîrstă cele 14,1% antecedente se împart astfel: 3,5% în grupa de vîrstă 26—30 ani; (1 debilitate mintală, 1 schizofrenie şi 1 enuresis); 1,2% în grupa de vîrstă 31—35 ani (alte boli psihice); 1,2% în grupa 36—40 ani (alte boli psihice); 1,2% în grupa 41—45 ani (alte boli psihice); 1,2% în grupa 46—50 ani (nevroză); 3,5% în grupa de vîrstă 51—55 ani (2 nevroză şi 1 nespecificat); 1,2% în grupa 56—60 ani (schizofrenie).

Rezultă că la toate grupele de vîrstă există în antecedentele pe linie maternă una sau mai multe tulburări psihice, unele chiar cu statut de psihoză, certificate de specialişti şi cu frecvente internări la psihiatrie. Atrage de asemenea atenţia şi frecvenţa mare a antecedentelor bacilare, cardio-vasculare şi digestive.

Şi la bărbaţi, din cele 8 (36,36%) observaţii care au antecedente — fraţi — 4 (18,18%) reprezintă bolile psihice diverse: 1 schizofrenie (grupa de vîrstă 41—45 ani); 2 nevroză (grupele 46—50 şi 51—55 ani); 1 alte boli psihice (grupa 46—50 ani), restul de 4 (18,18%) fiind boli cardio-vasculare, neoplasme şi tumoră craniană.

Analiza acestor date statistice ne îndreptăţeşte să afirmăm încă odată caracterul familial nu atît al tulburărilor psihice cît al unui fond premorbid.

21. Antecedente — alte rude. Doar 7 (8,79%) din cele 78 observaţii de sex feminin au şi antecedente heredo-colaterale mai îndepărtate (veri, unchi etc.). Ni se pare semnificativ faptul că din cele 8,97%, 5,12% reprezintă boli psihice şi 3,5 boli cardio-vasculare. Toate cele 5,12% boli psihice sînt reprezentate de melancolie, una sfîrşindu-se prin autoliză.

22. Antecedente personale. Analizînd acest factor am constatat la cele 18 observaţii de sex feminin, 250 diagnostice somatice: 149 (59,6%) reprezintă bolile copilăriei: 49 (19,6%) rugeolă, 25 (10%) rubeolă, 36 (14,4%) scarlatină, 30 (12%) parotidită epidemică şi 19 (7,6%) varicelă. Restul de 101 maladii sînt următoarele: 5 (2%) febră tifoidă, 5 (2%) tifos exantematic, 11 (4,4%) tuberculoză pulmonară şi extrapulmonară, 12 (4,8%) malarie, 9 (3,6%) infecţii acute respiratorii, 8 (3,2%) hepatită epidemică, 8 (3,2%) infecţii genitale acute, 2 (0,8%) traumatisme cranio-cerebral, 1 (0,4%) meningită, 2 (0,8%) tumori uterine operate, 12 (4,8%) parazitoze, 15 (6%) intervenţii chirurgicale diverse şi 1 (0,4%) ulcer gastric.

Pe grupe de vîrstă situaţia este următoarea:

— la grupa de vîrstă 21—25 ani, din cele 9 (3,6%) diagnostice găsite, 7 (2,8%) reprezintă bolile copilăriei, 1 (0,4%) traumatism cranio-cerebral şi 1(0,4%) intervenţii chirurgicale diverse; reţinem ca semnificativ traumatismul cranio-cerebral;

Scanned with OKEN Scanner

— la grupa 26—30 ani, din 22 (8,8%) diagnostice, 11 (4,4%) sînt reprezentate de bolile copilăriei, 1 (0,4%) hepatită epidemică, 2 (0,8%) infecții acute respiratorii, 2 (0,8%) tuberculoză pulmonară și extrapulmonară, 1 (0,4%) infecții genitale acute, 1 (0,4%) meningită și 4 (1,6%) intervenții chirurgicale diverse; prezintă importanță afecțiuni: meningita, tuberculoza și infecțiile genitale;

— la grupa 31—35 ani, din 18 (7,2%) diagnostice, 12 (5,2%) reprezintă bolile copilăriei, 1 (0,4%) febră tifoidă, 1 (0,4%) TBC pulmonar, 2 (0,8%) intervenții chirurgicale diverse și 1 (0,4%) ulcer gastro-duodenal. Reținem de aici febra tifoidă, ulcerul și tuberculoza;

— la grupa 36—40 ani, din 36 (14%) diagnostice, 28 (11,3%) reprezintă bolile copilăriei, 2 (0,8%) malarie, și cîte 1 (0,4%) tifos exantematic, infecții respiratorii acute, tuberculoză pulmonară, hepatită epidemică, intervenții chirurgicale; și aici atrage atenția tifosul exantematic, malaria TBC;

— la grupa 41—45 ani am găsit 63 (25,2%) diagnostice. Dintre acestea 40 (16%) reprezintă bolile copilăriei, 1 (0,4%) febra tifoidă, 2 (0,8%) malaria, 1 (0,4%) tifosul exantematic, 2 (0,8%) infecții respiratorii acute, 2 (0,8%) TBC pulmonar, 3 (1,2%) hepatita epidemică, 3 (1,2%) infecții genitale acute, 1 (0,4%) tumori genitale operate, 3 (1,2%) parazitoze și 5 (2%) intervenții chirurgicale diverse. Trebuie să remarcăm tifosul exantematic, febra tifoidă, malaria și diversele afecțiuni din sfera genitală a căror influență asupra psihicului este bine cunoscută;

— la grupa 46—50 ani din 72 (28,8%) diagnostice găsite, 44 (17,6%) reprezintă bolile copilăriei, 1 (0,4%) febra tifoidă, 5 (2%) malaria, 2 (0,8%) tifos exantematic, 3 (1,2%) infecții respiratorii acute, 5 (2%) TBC pulmonar și extrapulmonar, 3 (1,2%) hepatită epidemică, 3 (1,2%) infecții genitale acute, 1 (0,4%) traumatisme cranio-cerebrale, 1 (0,4%) tumori uterine operate, 3 (1,2%) parazitoze și 1 (0,4%) intervenții chirurgicale diverse. Considerăm semnificativă ponderea diagnosticului de febră tifoidă, tifos exantematic, malarie, TBC și afecțiuni genitale;

— la grupa 51—55 ani din 24 (9,6%) diagnostice, 12 (4,8%) reprezintă bolile copilăriei, 2 (0,8%) febra tifoidă, 2 (0,8%) malaria, 1 (0,4%) tifosul exantematic, 1 (0,4%) infecții acute respiratorii, 1(0,4%) infecții genitale acute, 4 (1,6%) parazitoze și 1 (0,4%) intervenții chirurgicale diverse;

— la grupa 56—60 ani am găsit 5 (2%) diagnostice, 2 (0,8%) bolile copilăriei, 1(0,4%) malarie, 2 (0,8%) parazitoze;

— la grupa peste 60 ani 2 (0,8%) diagnostice, ambele boli ale copilăriei.

Din toată această analiză putem trage cîteva concluzii:

— numărul cel mai mare de diagnostice l-am găsit la grupele de vîrstă 26—30, 31—35, 36—40, 41—45, 46—50 și 51—55 ani;

— dintre aceste diagnostice cea mai mare parte este reprezentată de bolile copilăriei;

— o mare parte dintre celelalte diagnostice este reprezentată de salmoneloze, rickettsioze, parazitoze, dintre acestea din urmă mai importantă fiind infecția cu Plasmodium;

— tuberculoza și diversele afecțiuni genitale ocupă un loc însemnat din totalitatea antecedentelor personale patologice.

Toate aceste concluzii justifică și ne îndreptățesc să afirmăm că antecedentele personale patologice, multiple și variate, reprezintă un factor important de risc în instalarea suferinței psihice studiate.

La bărbați aceeași analiză arată 44 diagnostice, după cum urmează: 24 (58,53%) bolile copilăriei, (rujeolă, varicelă, parotidită, scarlatină), 6 (14,63%) malarie, 2 (4,87%) hepatită cronică, 3 (7,31%) pleurezie (bacilară ?), cîte 1 (2,44%) hernie operată, poliomelită, dezenterie, scabie și 2 (4,76%) traumatism cranio-cerebral.

Pe grupe de vîrstă ni se par mai semnificative grupele 36—40 ani cu 13 (31,7%) diagnostice dintre care 1 (2,44%) traumatism cranio-cerebral și 41—45 ani cu 10 (24,4%) diagnostice dintre care 1 (2,44%) traumatism cranio-cerebral. Și aici atrage atenția preponderența bolilor copilăriei, malariei și mai ales a traumatismului cranio-cerebral.

Dacă facem o comparație între proporția diagnosticelor față de numărul de observații studiate pe total și pe principalele grupe de vîrstă, la cele două sexe, obținem:

— la femei, în medie, revin cîte 3 diagnostice de persoană (320) față de aproximativ 2 la bărbați (186,3%);

— la grupa de vîrstă 21—25 ani la femei revin peste 4 diagnostice de persoană (450%) față de 1 la bărbați (100%);

— la grupa 36—40 ani la femei revin aproximativ 3 diagnostice de persoană (291%) iar la bărbați peste 4 (433%);

— la grupa 41—45 ani, la femei revin peste 3 diagnostice de persoană (331,5%) față de 2 la bărbați (200%);

— la grupa 46—50 ani la femei peste 3 diagnostice de persoană (360%), la bărbați peste 1 (140%);

— la grupa 51—55 ani la femei revin peste 3 diagnostice de persoană față de 0,6 la bărbați (67%);

— la grupa 56—60 ani la femei revin 5 diagnostice de persoană față de peste 1 diagnostic de persoană la bărbați.

23. Vîrsta la începutul studiilor.

75 (96,15%) persoane au început școala la 7 ani. Doar 2,4% au început-o la 6 ani dintre care 1,2% în grupa de vîrstă 26—30 ani și una în grupa 41—45 ani. O singură persoană a început studiile la 8 ani și face parte din grupa de vîrstă 26—30 ani. La bărbați, din 22 persoane, 18 (81,81%) au început studiile la 7 ani, restul nefiind specificați.

Acest factor nu ne dă nici o informație cu privire la personalitatea, capacitatea și structura psihică ale subiecților studiați de noi.

24. De mai mare importanță ni se pare cercetarea — statistică — a modului cum a decurs școlaritatea, randamentul, comportarea și felul cum și-a pregătit temele (singur, cu ajutor etc.).

Astfel, din cele 78 persoane de sex feminin, 72,2% au avut un randament bun, 21,8% avînd un randament scăzut. Dintre acestea din urmă, 2,4% fac parte din grupa de vîrstă 26—30 ani, 3,5% din grupa 31—35 ani, 2,4% din grupa 36—40 ani și cîte 6,41% din grupele 41—45 și 46—50 ani. Se vede că din aceste 17 (21,79%) persoane care au avut un randament scăzut 12 (15,38%) fac parte din grupele de vîrstă la care am găsit frecvența cea mai mare a îmbolnăvirilor, rezultat care este în deplină concordanță cu cele obținute din studiul și a celorlalți factori (1—23).

Pirvitor la comportare, statistica arată o majoritate aproape absolută a persoanelor care au avut o comportare bună (94,87%) față de numai 4 (5,12%) cu o comportare rea, cîte 1 (1,2%) din fiecare grupă cuprinsă în intervalul 31—50 ani.

98,71% din persoane s-au pregătit fără ajutor și doar 1,2% din grupa de vîrstă 46—50 ani, s-a pregătit cu ajutor.

La bărbați, 73% au avut un randament bun și 27% randament scăzut, 4,54% în grupa de vîrstă 41—45 ani, 13,6% în grupa 51—55 ani și 9,09% în grupa peste 56 ani.

Comportare bună au avut 81,81% din persoanele de sex masculin față de 18,18% cu o comportare rea, cîte 4,54% în grupele de vîrstă din intervalul 41—60 ani.

Toate cele 22 observații de sex masculin s-au pregătit fără ajutor.

Putem afirma că, cel puțin la unele persoane, analiza școlarității ne indică un anumit tip de sistem nervos, chiar de intelect, care va reprezenta mai tîrziu terenul

Scanned with OKEN Scanner

predispozant al grefării unor tulburări de tip nevrotic.

25. Evenimente din viaţa copilului.

La femei din 78 observaţii luate în studiu, 25,9% au prezentat supraîncordare ideo-afectivă, 34,61% stări negative în familie, doar 2,4% au prezentat stări negative în şcoală şi 25,9% în producţie Această proporţie (89,74%) ni se pare semnificativă şi ne permite să afirmăm că stressurile de orice natură care acţionează de la vîrste încă tinere, reprezintă un factor major de risc în apariţia sau/şi intensificarea unor tulburări psihice sau somatice.

Şi pe grupe de vîrstă situaţia este revelatoare :

— la grupele de vîrstă din intervalul 31—50 ani, grupe care sînt importante pentru noi prin numărul mare de observaţii, 13 din 20 sînt cu supraîncordare ideo-afectivă, 16 din 27 cu stări negative în familie, 3 din 3 cu stări negative în şcoală şi 14 din 20 cu stări negative în producţie.

La bărbaţi, 18,18% au prezentat supraîncordare ideo-afectivă, 13,6% stări negative în familie, 4,5% stări negative în şcoală şi 59,1% stări negative în producţie.

Faţă de femei, se observă în cazul bărbaţilor o pondere mai mare a existenţei stărilor negative în producţie.

26. Studiul factorului mediu familial arată : 3,5% au mediu familial foarte bun, 39,7% cu mediul familial bun, 50% cu mediu favorabil şi 6,41% cu mediu nefavorabil.

Analiza pe grupe de vîrstă este semnificativă :

— 5 din cele 7 persoane din grupa de vîrstă 31—35 ani au un mediu familial favorabil şi nefavorabil, faţă de 2 persoane cu mediu familial bun ;

— 6 din cele 12 persoane din grupa de vîrstă 36—40 ani au mediul familial favorabil ;

— 13 din cele 19 persoane din grupa de vîrstă 41—45 ani au mediul famiilal favorabil (11) şi nefavorabil (2) ;

— 14 din cele 20 persoane din grupa de vîrstă 46—50 ani au mediul familial favorabil.

La bărbaţi, 13,6% au mediul familial bun şi foarte bun, 72,7% au mediu favorabil şi 13,6% mediu nefavorabil.

— 4 din cele 5 persoane ale grupei de vîrstă 41—45 ani au mediu favorabil (3) şi nefavorabil (1) ;

— 5 din cele 5 persoane ale grupei de vîrstă 46—50 ani au mediu favorabil ;

— 3 din cele 3 persoane ale grupei 51—55 ani au mediu favorabil ;

— 5 din cele 5 persoane ale grupei peste 56 ani au mediu favorabil (3) şi nefavorabil (2).

Noi am analizat acest factor favorizant — mediul familial — plecînd de la ideea că familia este mediul formativ al unităţii bio-psiho-sociale care este omul, şi că, pentru realizarea acestei finalităţi este nevoie de ceea ce noi numim în studiul nostru „mediu familial bun şi foarte bun".

Considerăm, în finalul acestei analize, că factorul „mediu familial" poate fi incriminat în geneza şi intensificarea acuzelor psihice la persoanele care reprezintă eşantionul nostru de studiu.

Deşi avem în studiul nostru observaţii aparţinînd ambelor sexe, dorim ca în rîndurile următoare să ne ocupăm exclusiv de cîteva caracteristici fiziologice ale sexului feminin, a căror importanţă deosebită în determinismul psihologic al sexului în sine şi al personalităţii feminine este bine cunoscută. Dorim să atragem atenţia şi asupra complexităţii interrelaţiilor dintre aceste caracteristici şi psihologia normală şi patologică a femeii.

Considerăm cele de mai sus ca o atenţionare în vederea unei cît mai corecte interpretări a datelor statistice, după cum urmează :

27. Vîrsta de apariţie a menstrelor.

Pe total, la 1,2% prima menstruaţie a apărut la 11 ani (grupa de vîrstă (46—50 ani), la 7,69% la 12 ani, la 25,9% la 13 ani, la 40,25% la 14 ani şi la peste 14 ani la 24,35% dintre persoane.

Dintre cele 19 (24,35%) persoane la care prima menstruaţie a apărut la peste 14 ani, 12 (15,38%) fac parte din grupele de vîrstă 36—50 ani, cîte 1 (1,2%) din grupele 21—35 ani şi peste 60 ani şi 3 (3,5) din grupa de vîrstă 51—55 ani.

Putem aşadar, considera că şi acest factor are importanţa sa, caracterizînd de fapt un anume teren, o anumită constelaţie endocrină şi o anumită structură neuro-vegetativă.

28. Caracterul menstrelor.

La cele 78 observaţii nu am găsit nici un caz cu sindrom premenstrual. La 55,12% menstruaţia este normală, la 34,61% este dureroasă, la 6,41% abundentă iar la 3,5% am găsit alte tipuri de tulburări (oligomenoree, polimenoree, diverse tulburări vegetative — bufee de căldură) tahicardie, alternanţă vasodilataţie-vasconstricţie). Acestea din urmă fac parte din grupele de vîrstă 31—50 ani.

Dintre cele 5 (6,41%) persoane cu menstruaţie abundentă, 3 (3,5%) fac parte din grupa de vîrstă 46—50 ani, 1 (1,2%) din grupa 41—45 ani şi 1 (1,2%) din grupa 36—40 ani.

În ce priveşte persoanele cu dismenoree, din cele 27 (34,61%), 18 (23,07%) fac parte din grupele de vîrstă cuprinse între 36—50 ani, grupe cu frecvenţa cea mai mare de observaţii ; 4 (5,12%) fac parte din grupa 51—55 ani, cîte 2 (2,5%) din grupele 26—30 ani şi 31—35 ani şi 1 (1,2%) din grupa 21—25 ani.

Conchidem că şi acest factor foate fi trecut pe lista factorilor favorizanţi ai entităţii de tip nevrotic.

29. Numărul sarcinilor.

Din 78 femei, 84,6% au fost însărcinate : 11,5% cîte o sarcină, 8,97% cîte două sarcini, 16,66% cîte 3 sarcini, 19,23% cîte 4 sarcini, cîte 5,12% femei, 5 şi 6 sarcini, cîte 3,5% femei 7, 8, 11 şi 14 sarcini, cîte 1,2% 9 şi 10 sarcini.

Ca de obicei, ne interesează situaţia mai ales la grupele de vîrstă situate în intervalul 36—50 ani. Astfel, în grupa de vîrstă 36—40 ani, 2 persoane au avut cîte 1 sarcină, 2 cîte 2 sarcini, 2 cîte 4 sarcini, o femeie cu 5 sarcini, una cu 8 sarcini, una cu 9 sarcini şi una cu 14 sarcini, total 10 persoane ;

— în grupa 41—45 ani, 2 persoane au avut cîte o sarcină, 2 cîte 2 sarcini, 5 cîte 3 sarcini, 3 cîte 4 sarcini, 1 cu 5 sarcini, 2 cu cîte 6 sarcini, 2 cu cîte 8 sarcini, 1 cu 9 sarcini şi 1 cu 10 sarcini, total 19 femei ;

— în grupa 46—50 ani, 2 persoane au avut cîte 1 sarcină, 1 cu 2 sarcini, 4 cu cîte 3 sarcini, 2 cu cîte 4 sarcini, 1 cu 5 sarcini, 1 cu 6 sarcini, 1 cu 7 sarcini, 1 cu 11 sarcini şi 2 cu cîte 14 sarcini.

Se observă la aceste grupe că numărul persoanelor cu peste 4 sarcini este relativ ridicat : 4 din 10 în grupa 36—40 ani, 7 din 19 în grupa 41—45 ani, 6 din 15 în grupa de vîrstă 46—50 ani.

30. Născuţi vii.

80,76% din cele 78 femei studiate au avut una sau mai multe sarcini şi naşteri : 43,58% au avut cîte 1 naştere (născuţi vii), 5,12% cu cîte 2 născuţi vii, 26,63% cu cîte 3 născuţi vii, 3,4% cu cîte 4 născuţi vii şi 1,2% cu 8 născuţi vii, grupa 36—40 ani. Tot la această grupă de vîrstă 6 (7,69%) femei au avut cîte 2 născuţi vii şi 3 (3,5%) cu cîte 1 născut viu.

În grupa de vîrstă 41—45 ani, 10 (12,82%) femei cu cîte 1 născut viu, 7 (8,97%) cu cîte 2 născuţi vii şi 2 (2,5%) cu cîte 3 şi 4 născuţi vii.

În grupa de vîrstă 46—50 ani, 10 (12,82%) femei cu cîte 1 născut viu, 2 (2,4%) cu cîte 2 născuţi vii, 2 (2,4%) cu cîte 3 şi 4 născuţi vii.

În grupa de vîrstă 41—45 ani 1 persoană a născut 1 prematur şi 1 persoană 3 prematuri ; şi în grupa 56—60 ani, 1 persoană a născut un prematur.

Numărul mic de naşteri de persoană nu reprezintă — în concepţia noastră — factor favorizant al tulburărilor de tip nevrotic.

Scanned with OKEN Scanner

31. Avorturi provocate, am găsit în antecedentele a 54 (69,23%) femei : 4 (5,12%) cu 1 avort ; 15 (19,23%) cu 2 avorturi ; 14 (17,9%) cu 3 avorturi ; 4 (5,12%) cu 4 avorturi ; 3 (3,5%) cu 5 avorturi ; 2 (2,4%) cu 6 avorturi ; 2 (2,4%) cu 7 avorturi ; 1 (1,2%) cu 8 avorturi şi 1 (1,2%) cu 9 avorturi.

Pe grupe de vîrstă se remarcă frecvenţa mai mare a avorturilor la vîrstele tinere şi relativ tinere. Astfel, din cele 7 persoane din grupa de vîrstă 26—30 ani, 6 au între 1 şi 4 avorturi ; din grupa de vîrstă 31—35 ani (7), 5 persoane au 1, 2, 5 şi 10 avorturi ; din grupa 36—40 ani (12), 5 persoane au 2, 3 şi 7 avorturi ; din grupa 41—45 ani (19), 15 persoane au în antecedente : 1 persoană 1 avort, 6 cu 2 avorturi, 4 cu 3 avorturi, 1 cu 4 avorturi, 2 cu 6 avorturi şi 1 cu 8 avorturi.

32. Ni se pare interesant de urmărit alt fenomen specific feminin şi anume sfîrşitul vieţii sexuale a femeii — climacterial-ul — fenomen care are atît de numeroase implicaţii bio-psiho-sociale.

Urmărind grupele de vîrstă de peste 46 ani care totalizează 31 persoane, 22 au instalată menopauza, după cum urmează : 11 în grupa de vîrstă 46—50 ani, din care 10 cu menopauză fiziologică şi 1 cu menopauză terapeutică ; 8 în grupa 51—55 ani, toate cu menopauză fiziologică ; 1 în grupa 56—60 ani, tot cu menopauză fiziologică, 2 în grupa peste 60 ani cu menopauză fiziologică.

Din cele 22 femei la care s-a instalat această stare, 11 fac parte din grupa de vîrstă cu numărul cel mai mare de observaţii (20) fapt semnificativ, care ne demonstrează importanţa acestui fenomen în geneza sau întreţinerea tulburărilor psihice ale observaţiilor noastre.

33. Şi studiul tulburărilor de menopauză ne poate da cîteva informaţii care să ne ajute în interpretarea simptomelor de tip nevrotiform la aceste grupe de vîrstă.

Cele 26,63% din persoanele studiate, care au menopauza instalată, acuză 60 de tulburări. Astfel, 14 acuză ameţeli, bufee de căldură, 10 fatigabilitate, 13 nevrozitate şi 10 insomnii.

În grupa de vîrstă 46—50 ani 1 persoană acuză, în medie, 2 tulburări, în grupa 51—55 ani 1 persoană acuză 3 tulburări, în grupa 56—60 ani 4 tulburări de persoană, pe cînd în grupa de peste 60 ani, o persoană acuză 4 şi 5 tulburări.

Prezenţa tulburărilor de tipul ameţelilor, insomniilor, nervozităţi şi fatigabilităţii, ridică problema dacă simptomele găsite la aceste grupe de vîrstă sînt într-adevăr de natură nevrotică sau sînt determinate de menopauză. Deoarece ceilalţi factori studiaţi pînă acum indică fără nici un dubiu existenţa entităţii nosologice studiate, conchidem prin a afirma că este de fapt o intricare de simptome, intricare ce nu exclude manifestările de tip nevrotiform.

Pe de altă parte, menopauza cu tulburările sale constituie un veritabil factor declanşant şi agravant al tulburărilor nevrotiforme.

34. Cauzele apariţiei bolii.

Deşi cauza principală este suferinţa somatică, din anamneza celor 78 observaţii de sex feminin rezultă că, la unele persoane, debutul bolii a fost declanşat (pe fondul unor suferinţe somatice multiple) de către alţi factori. 96,15% din persoane acuză ca factor declanşant al bolii lor psihice, însăşi suferinţa organică ; 23,07% acuză în plus suprasolicitarea ; 24,35% traumă psihică familială ; 2,4% apariţia tulburărilor de tip nevrotic după sarcină ; 2,4% după traumă afectivă ; 1,2% după decesul unei rude apropiate ; 8,97% după conflicte la locul de muncă ; 1,2% după traumatism cranio-cerebral.

Din analiza acestui factor pe grupe de vîrstă se observă că nu există numai cîte o cauză declanşantă de persoană ci, în medie, cîte două, iar pentru unele persoane chiar cîte 3 cauze.

Se mai observă că, pe fondul suferinţei somatice (96,15%) care deja „preparase" o stare psihică aparte, intervin aceşti factori declanşanţi care duc la apariţia manifestărilor clinice.

La bărbaţi, statistica arată astfel : 11 (50%) dintre ei pun la baza apariţiei bolii suferinţa somatică ; 6 (27,27%) reclamă suprasolicitarea, 1 (4,54%) traumatismul cranio-cerebral, 1 (4,54%) decesul unei rude, 1 (4,54%) traumă afectivă şi 2 (9,09%) conflicte la locul de muncă.

În grupa de vîrstă 41—45 ani, 1 din cele 5 persoane ale acestei grupe acuză ca factori declanşanţi ai suferineţi sale psihice, suferinţa somatică, trauma psihică familială, decesul unei rude şi conflicte la locul de muncă.

35. Simptomele bolii la debut.

Am găsit, pentru cele 78 observaţii femei, un număr de 444 simptome de debut, ceea ce înseamnă că pentru o persoană revin, în medie 5,5 simptome.

96,15% acuză cefalee, 84,61% acuză insomnii, 78,2% acuză vise terifiante, 70,51% nervozitate, 70,51% labilitate emoţional-vegetativă, 43,58% cu iritabilitate, 29,74% cu triplă astenie, 19,23% cu tulburări de memorie, 19,23% cu depresie, 32,05% cu nelinişte, 3,5% cu hemicranie.

Se remarcă frecvenţa mare a cefaleei, insomniilor, viselor terifiante, nervozităţii, labilităţii neuro-vegetative, iritabilităţii, triplei astenii şi neliniştei.

Este interesant de urmărit frecvenţa acestor simptome pe grupe de vîrstă :

— în grupa 26—30 ani, 7 persoane acuză cefalee, insomnii, 6 persoane acuză nervozitate, 4 vise terifiante şi 4 labilitate psiho-emoţională ;

— în grupa 31—35 ani, 7 persoane au cefalee, insomnii, nervozitate şi labilitate psiho-emoţională ; 6 persoane acuză vise terifiante şi un număr redus de persoane mai prezintă şi cîte una din celelalte simptome amintite ;

— în grupa 36—40 an, 11 persoane acuză cefalee şi insomnii, 10 persoane au labilitate psiho-emoţională, 9 vise terifiante, 8 nervozitate etc. ;

— în grupa 41—45 ani, 19 persoane au cefalee şi insomnii, 17 persoane acuză vise terifiante, 14 persoane au labilitate psiho-emoţională şi nervozitate ;

— în grupa 46—50 ani, 19 persoane au cefalee şi insomnii, 15 persoane au vise terifiante şi 14 nervozitate ;

— în grupa 51—55 ani, 7 persoane au cefalee, insomnii, vise terifiante şi triplă astenie ;

— în grupa 56—60 ani o singură persoană acuză la debut cefalee, insomnii, iritabilitate, nelinişte, iar în grupa peste 60 ani la două persoane acuză toate simptomele de mai sus exceptînd migrena.

Se observă şi din analiza pe grupe de vîrstă că predomină, ca simptome de debut la femei, cefaleea, insomnia, visele terifiante, labilitatea psiho-emoţională, nervozitatea, iritabilitatea.

La bărbaţi am găsit în totalitate 59 simptome, revenind deci de o persoană mai mult de 3 simptome de debut. 86,36% din persoane acuză insomnii, 68,2% cefalee, 45,45% astenie, 36,36% iritabilitate, 13,6% vise terifiante, 9,09% scăderea puterii de concentrare şi 9,09% labilitate emoţional-vegetativă.

Este evidentă preponderenţa insomniilor, cefaleei şi asteniei fapt întrutotul asemănător situaţiei de la femei

36. Studiul simptomelor bolii arată următoarea situaţie :

Pentru cele 78 observaţii femei am găsit 876 simptome, ceea ce reprezintă de fapt cîte aproximativ 11 simptome de fiecare persoană. În ordinea frecvenţei, 73 (93,58%) persoane acuză cefalee, 72 (92,30%) insomnii, 68 (87,16%) vise terifiante, 66 (84,61%) nervozitate, 64 (82,05%) labilitate emoţional-vegetativă, 57 (73,07%) irascibilitate, 53 (67,94%) preocupare obsesivo-fobică pentru starea de sănătate ; 50 (64,10%) frică de întuneric, 49 (62,82%) anxietate, 40 (51,28%)

Scanned with OKEN Scanner

scăderea puterii de concentrare, 34 (43,58%) claustrofobie, 33 (42,3%) fixații cenestopatice, 28 (35,89%) autoanaliză fobică, 27 (36,6%) impulsivitate, 26 (33,33%) depresie, 24 (30,76%) frică atematică, 22 (28,20%) halucinoze diverse, 23 (29,48%) fotofobie, acufene, fosfene, 31 (29,74%) interpretări ipohondriace, restul simptomelor, mai rar întîlnite, fiind reprezentate de agitație psiho-motorie (2,4%), hipersomnie (3,5%), logofobie (3,5%), sindrom migrenoid (5,12%), beție patologică (1,2%), tremurături ale extremităților (19,23%), tentativă de suicid (7,69%), lipotimii (1,2%) și hipomnezie (14,10%).

Analiza pe grupe de vîrstă arată frecvența mare a simptomelor la fiecare grupă de vîrstă. Mai semnificative ni se par grupele: 21—25 ani cu 8 simptome de persoană în medie, 26—30 ani cu 8 simptome de persoană, 31—35 ani cu 14 simptome de persoană, 36—40 ani cu 9,5 simptome de persoană, 41—45 ani cu 12 simptome de persoană, 46—50 ani cu 10 simptome de persoană, 51—55 ani cu 11 simptome de persoană.

În grupele de mijloc (31—50 ani) frecvența cea mai mare o au cefaleea, insomnia, visele terifiante, nervozitatea, irasicibilitatea, labilitatea emoțional-vegetativă, preocuparea obsesivo-fobică pentru starea de sănătate, frica de întuneric, anxietatea, fixațiile cenestopatice, interpretările ipohondriace, autoanaliza fobică, scăderea puterii de concentrare.

La bărbați am găsit 123 simptome, reprezentînd în medie cîte 5 simptome de persoană. În ordinea frecvenței aceste simptome sînt: insomnii 86,36%, cefalee 77,27%, astenie 59,10%, hipomnezie 50%, labilitate emoțional-vegetativă 45,45%, cenestopatii 40,9%, vise terifiante 36,36%. Urmează apoi, cu o frecvență mai mică, alte simptome tot atît de semnificative: fatigabilitate, anxietate, autoanaliză fobică (la 4 persoane), apatie, frică de întuneric (3,5%), fixații interpretative, dipsomanie, tentativă de suicid (2,4%), logofobie (1,2%), decompensări emoțional-vegetative (1,2%) și vertije (27,27%).

37. Studiul stării generale, arată că aceasta este puțin modificată. Apar doar cîteva modificări în ce privește examenul general de ansamblu. Astfel, 91,02% dintre persoanele de sex feminin au o stare generală normală, 6,41% au tegumente și mucoase palide (ceea ce concordă și cu sindromul anemic găsit la analiza suferințelor somatice), 3,5% cu obezitate și 5,12% cu dentiție incompletă.

La bărbați, la 72,27% dintre persoane nu este specificat, la 22,7% am găsit starea generală bună (4,54%), tegumente palide (4,54%), obezitate (4,54%), dentiție incompletă (9,09%).

38. Tulburări viscerale. Ne propunem ca, analizînd acest factor, să demonstrăm ponderea mai mare a unor grupe de afecțiuni (pe aparate și sisteme), fără a intra în amănunte care pot fi găsite în tabelul nr. 1. Am găsit la cele 78 femei 236 afecțiuni somatice reale, diagnosticare fără dubii clinice și paraclinice, revenind în medie 3 afecțiuni de persoană.

În ordinea frecvenței am găsit: 67,94% boli digestive și de metabolism, dintre care 21,79% colecistită cronică, 14,10% ulcer gastro-duodenal, 11,5% hepatită cronică și ciroză, 11,5% colită cronică, 6,41% diabet zaharat, 1,2% obezitate;

— 53,85% boli ale aparatului genital, dintre care 20,5% anexită cronică, 6,41% tumori uterine benigne, 8,97% insuficiență ovariană, 6,41% ovariectomie bilaterală, 3,5% modificări ale poziției uterului, 3,5% celulită pelvină și 2,4% neoplasm de col uterin;

— 46,15% boli cardio-vasculare și de sînge după cum urmează: 20,5% hipertensiune arterială, 7,69% varice hidrostatice, 6,41% anemie hipcromă, 2,4% stenoză mitrală, 2,4% insuficiență cardiacă, 1,2% persistența canalului arterial și 1,2% sindrom anemic medicamentos;

— 33,33% boli endocrine: 3,5% hipertiroidie, 3,5% hipotiroidie, 12,8% gușă nodulară, 14,10% spasmofilie;

— 33,33% reumatism cronic, dintre care 26,63% spondilartroză cervico-lombară, 5,12% discopatii-lombosciatică și 1,2% periartrită scapulo-humorală;

— 17,9% tuberculoză pulmonară (14,10%) și extrapulmonară (3,5%).

Într-o proporție mult mai mică am găsit tulburări de acomodare, boli cronice O.R.L., traumatism cranio-cerebral, migrenă, eritematodes cronic, psoriazis, picior plat bilateral, nevralgie de Arnold, intoxicație medicamentoasă voluntară, encefalopatie (vezi tabelul).

Tabelul nr. 1

Grupe boli / sex	Boli digestive	Boli cardio-vasculare	Boli ale aparat. genital	Boli endocrine	Reumatism cronic	Traumatism cranio-cerebral, tbc	TOTAL
Femei	67,94%	46,15%	53,85%	33,33%	33,33%	17,9% 22,7%	251,9 %
Bărbați	59,10%	50,00%	—	—	36,36%	13,6%	179,76%

Pe grupe de vîrstă frecvența tulburărilor viscerale de persoană este următoarea: în grupa 21—25 ani, 4 afecțiuni de persoană; în grupa 26—30 ani, peste 2 afecțiuni de persoană; în grupa 31—35 ani 3 afecțiuni de persoană; în grupa 36—40 ani aproximativ 3 afecțiuni de persoană; în grupa 41—45 ani, peste 3 afecțiuni de persoană; în grupa 46—50 ani aproximativ 3 afecțiuni de persoană; în grupa 51—55 ani, 3 afecțiuni de persoană; în grupa 56—60 ani, 1 afecțiune de persoană; în grupa peste 60 ani, 3 afecțiuni de persoană.

Se observă că și pe grupe de vîrstă cele mai frecvente afecțiuni sînt cele digestive, cardio-vasculare, genitale, reumatismale.

Ca entități nosologice, cele mai frecvente afecțiuni somatice sînt colecistica cronică (26,63%), spondilartroza cervico-lombară (26,63%), anexita cronică (20,5%), hipertensiunea arterială (20,5%) ulcerul gastro-duodenal (14,10%), spasmofilia (14,10%), gușa (12,82%), tuberculoza pulmonară (14,10%), colita cronică (11,5%), insuficiența ovariană (8,97%) și hepatita cronică și ciroza (11,5%).

La bărbați am găsit 52 afecțiuni somatice, revenind deci în medie, peste două afecțiuni de persoană. Pe grupe de afecțiuni ca frecvență sînt:

— 59,1% boli digestive și de metabolism, dintre care 27,27% ulcer gastro-duodenal, 13,6% colită cronică, 9,09% hepatită cronică, 4,54% diabet zaharat, 4,54% obezitate;

— 50% boli cardio-vasculare și de sînge: 4,54% anemie, 9,09% varice hidrostatice, 9,09% hemoroizi, 4,54% infarct miocardic, 4,54% cardiopatie ischemică, 4,54% hipertensiune arterială, 13,6% ateroscleroză cerebrală;

— 36,36% reumatism cronic, dintre care 31,10% discartroză cervico-lombară și 4,54% cifoză posttraumatism coloană vertebrală;

— 22,7% traumatism cranio-cerebral.

Mai întîlnim ca tulburări somatice, cu frecvență mai mică, picior plat bilateral, pielonefrită cronică și liti-

Scanned with OKEN Scanner

ază renală, torticolis spasmodic, pareză facială, tumori maligne, lues viesceral, alergie medicamentoasă, tulburări de acomodare.

Reiese clar aici predominanţa bolilor digestive, cardiovasculare, reumatismale.

Pe afecţiuni, frecvenţa, atît pe total cît şi pe grupe de vîrstă este următoarea: 31,10% discartroză cervico-lombară, 27,27% ulcer gastro-duodenal, 22,7% traumatism cranico-cerebral, 13,6% colită cronică, 13,6% tbc pulmonar stabilizat.

39. Tulburări neurologice.

Doar 24 (32,05%) din cele 78 femei prezintă tulburări neurologice uşoare; 17 (21,79%) parestezii, 13 (16,66%) vertije fără semne obiective, 3,5% dureri musculare, 1,2% hiperreflectivitate osteotendinoasă.

Pe grupe de vîrstă, cele mai frecvente tulburări neurologice le găsim la grupele de 36—40 ani, 5,12% parestezii şi 2,4% vertije; 41—45 ani, 2,4% parestezii, 1,2% vertije, 1,2% dureri musculare; 46—50 ani, 3,5% parestezii, 5,12% vertije, 1,2% dureri musculare.

Mai menţionăm la grupa 36—40 ani 1 caz de hiperreflectivitate osteo-tendinoasă.

La bărbaţi, doar 4 persoane din grupa de vîrstă 41—45 ani prezintă parestezii (2) şi vertije nesistematizate (2).

40. Numărul zilelor de internare.

35,89% femei au cîte 1—10 zile internare, 20,5% între 11—20 zile, 21,79% între 21—30 zile, 7,69% între 31—40 zile, 3,5% între 41—50 zile, 2,4% între 51—60 zile şi 3,5% peste 60 zile.

Dacă luăm ca referinţă numărul — acceptabil— de 20 zile internare, observăm că situaţia persoanelor cu peste 20 zile internare este următoarea: în grupa de vîrstă 21—25 ani, 1 persoană cu 21—30 zile; în grupa 26—30 ani, 1 persoană cu 21—30 zile şi o persoană cu peste 60 zile internare; în grupa 31—35 ani, 1 persoană cu 21—30 zile şi 1 persoană cu 31—40 zile; în grupa 36—40 ani, 3 persoane cu 21—30 zile şi 3 persoane cu 41—50 zile în grupa 41—50 zile; în grupa 41—45 ani, 4 persoane cu 21—30 zile, 3 persoane cu 31—40 zile, 1 persoană cu 51—60 zile şi 2 persoane cu peste 60 zile; în grupa 46—50 ani, 4 persoane cu 21—30 zile, 1 persoană cu 31—40 zile şi 1 persoană cu 51—60 zile.

Este evidentă frecvenţa mare a persoanelor cu peste 20 zile internare la grupele de vîrstă 36—50 ani.

La bărbaţi, din cele 22 persoane, 27,27% au între 1—10 zile internare, 27,27% între 11—20 zile, 22,7% între 21—30 zile, 13,6% între 31—40 zile, 4,54% între 41—50 zile şi 4,54% peste 60 zile.

41. Internări la psihiatrie.

Din 78 femei, 70 (89,74%) au fost internate la psihiatrie: 42 (53,85%) o singură internare, 14 (17,9%) cîte două internări, 4 (5,12%) cîte 3 internări, şi 10 (12,82%) cu 4 şi peste 4 internări.

Pe grupe de vîrstă este semnificativ numărul mare de internări la psihiatrie: la grupa de vîrstă 21—25 ani, 1 persoană cu 2 şi o persoană cu 3 internări; la grupa 26—30 ani, 2 persoane cu 2 internări şi o persoană cu 1 internare; la grupa 36—40 ani, 4 persoane cu 2 internări, una cu 3 internări şi două cu peste 4 internări; la grupa 31—35 ani, 2 persoane cu două internări şi una cu peste 4 internări; la grupa 41—45 ani, 2 persoane cu două internări, o persoană cu 3 internări şi 2 persoane cu peste 4 internări; la grupa 46—50 ani, 3 persoane cu 2 şi 1 persoană cu peste 4 internări; la grupa 51—55 ani o persoană cu peste 4 internări şi la grupa 56—60 ani o persoană cu peste 4 internări.

La bărbaţi situaţia este alta: 13 (59,10%) persoane cu o internare la psihiatrie, 2 (9,09%) cu 2 internări, 1 (4,54%) cu 3 internări, 4 (18,18%) cu 4 internări dintre care 2 (9,09%) în grupa de peste 56 ani; 1 (4,54%) în grupa 46—50 ani şi 1 (4,54%) în grupa 36—40 ani; 2 (9,09%) persoane cu 6 şi peste 6 internări; 1 (4,54%) în grupa 46—50 ani, 1 (4,54%) în grupa 51—55 ani.

42. Internări în alte spitale.

86,17% dintre femei au fost internate în clinici medicale, 11,5% în clinici chirurgicale, 10,25% în clinici endocrinologice şi 6,41% în clinici neurologice şi neurochirurgie, în total 90 de internări care înseamnă în medie, mai mult de o internare de persoană. Acest număr mare de internări este încă o dovadă în plus a realităţii suferinţelor somatice şi a complexelor probleme medico-sociale ridicate de entitatea pe care o studiem.

La bărbaţi, doar 20 (90,9%) s-au internat în alte clinici, dintre care 13 (59,1%) în clinici medicale, 5 (22,7%) în clinici chirurgicale, 1 (4,54%) în clinica oftalmologică, 1 (4,54%) la neurochirurgie.

Concluzii generale

1. Sindroamele nevrotiforme pe fond somatogen par a fi o entitate autonomă în cadrul nevrozei în general.

2. Ele ocupă un loc important prin frecvenţa lor prin posibilităţile reale de profilaxie şi tratament.

3. Dată fiind participarea importantă a patologiei viscero-umorale în determinarea sindroamelor nevrotiforme, se impune o reformulare a diagnosticului de nevroză, o delimitare ştiinţifică a cadrului nosologic.

4. Deşi cauza principală în determinismul entităţii nosologice studiate este reprezentată de diverse afecţiuni somatice, intervin frecvent factori predispozanţi, favorizanţi şi declanşanţi.

5. Frecvenţa bolii este mai mare la femei, la grupa de vîrstă 36—50 ani şi scade la vîrstele extreme; la bărbaţi boala apare frecventă şi la aceste vîrste.

6. Manifestările morbide nu depind de gradul de instrucţie a bolnavilor.

7. Variabilitatea mare a profesiilor arată că o profesie nu este mai „nevrotigenă" decît alta.

8. Sindroamele nevrotiforme pe fond somatogen par a determina perturbări în activitatea productivă a bolnavilor prin numeroase schimbări ale locului de muncă; 46,14% dintre femei şi 72,27% dintre bărbaţi au lucrat în peste două întreprinderi.

9. Condiţiile negative şi noxele de la locul de muncă pot fi considerate factori favorizanţi şi/sau agravanţi ai tulburărilor de tip nevrotic.

10. Numărul membrilor de familie, numărul copiilor minori pot fi considerate important factor favorizant al sindroamelor nevrotiforme pe fond somatogen.

11. În antecedentele heredo-colaterale ale bolnavilor studiaţi sînt prezente bolile psihice de tipul nevrozei, schizofreniei, melancoliei, alcoolismului cronic.

12. În determinarea terenului predispozant au rol important antecedentele patologice ale bolnavilor, în special bolile acute contagioase şi necontagioase inclusiv tuberculoza, traumatismul cranio-cerebral, diversele intervenţii chirurgicale.

13. Studiul vîrstei de apariţie a menstrelor, caracterul menstrelor, numărul sarcinilor, naşterilor, avorturilor, vîrstei de instalare a menopauzei şi tulburările de menopauză, arată constelaţia endocrină şi structura neuro-vegetativă a persoanelor studiate şi rolul lor favorizant în geneza sindroamelor nevrotiforme.

14. În declanşarea bolii, pe fondul unor variate suferinţe somatice, intervin suprasolicitarea, traumele psihice familiale şi la locul de muncă, traumele afective.

Scanned with OKEN Scanner

15. În determinismul sindroamelor nevrotiforme pe fond somatogen, cele mai frecvente grupe de afecțiuni sînt bolile digestive și de metabolism, bolile aparatului genital (femei), bolile cardio-vasculare și bolile reumatismale.

16. Sindroamele nevrotiforme pe fond somatogen determină un mare număr de zile cu incapacitate temporară de muncă, un important consum de asistență medicală de toate genurile.

17. Sindroamele nevrotiforme pe fond somatogen determină creșterea numărului de persoane cu incapacitate totală de muncă (57,6% femei și 50% bărbați pensionați) cu implicații medico-sociale deosebite.

18. Multicauzalitatea sindroamelor nevrotiforme pe fond somatogen, implicațiile sale medico-sociale, frecvența lor mare, necesită din partea medicului practician o bună cunoaștere a relațiilor dintre patologia somatică și cea mintală, în ambele sensuri.

IMPLICAȚII ALE RECRUTĂRII FORȚEI DE MUNCĂ ÎN RAPORT DE PARTICULARITĂȚILE MUNCII ȘI STAREA SĂNĂTĂȚII PSIHOSOMATICE LA ANGAJARE

V. Carpiuc, V. Posa, Al Avasilcăi
C. Postelnicu
— Cîmpulung Moldovenesc
— Iași

În ansamblul economiei industriale activitatea minieră ocupă un loc dintre cele mai importante atît prin ponderea sa valorică, cît și prin marea sa importanță în procurarea de energie și materii prime.

În pofida progresului tehnicii actuale de extracție, modernizării continue a proceselor tehnologice, raționalizării proceselor de producție, industria minieră rămîne tributară utilizării unui mare volum de forță de muncă. Mai mult decît în oricare alte sectoare ale industriei, în industria extractivă realizarea directă a planului de producție depinde de cantitatea și calitatea forței de muncă, de permanența acesteia în procesul de producție. Dacă în alte sectoare ale muncii în industrie progresele realizate în procesele tehnologice de producție s-au repercutat și asupra confortului ambiant al muncitorului, nu același lucru se poate afirma în industria minieră, îndeosebi în muncile din subteran.

Acest lucru influențează și asupra recrutării forței de muncă, fapt demonstrat și prin aceea că pe plan internațional se constată în general o penurie de solicitanți pentru munci în subteran.

Țările industriale avansate încearcă să rezolve în parte această situație prin folosirea muncitorilor aduși din țări în curs de dezvoltare atrași de perspectivele unor condiții de salarizare și viață incomparabil superioare țării de origine.

În condițiile țării noastre cu un accelerat ritm de industrializare, problema forței de muncă în industria minieră este o problemă de stat, la rezolvarea căreia își dau concursul toți factorii interesați atît în recrutarea, pregătirea, distribuirea, utilizarea și întreținerea unei cît mai bune condiții psiho-fizice a acesteia.

Datele prezentate în comunicarea de față, sînt rezultatul observațiilor obținute la nivelul întreprinderilor din zona de deservire a Spitalului teritorial Cîmpulung Moldovenesc și reflectă experiența din ultimul deceniu a comunicătorilor în baza unei prospectări psiho-sociologice la fața locului ca urmare a contactului direct cu forța de muncă angajată în industria minieră.

Așa după cum s-a arătat anterior, și în perimetrul luat de noi în studiu, asistăm la recrutarea și utilizarea forței de muncă în industria minieră, la fenomene cu similitudini celor consemnate pe plan mondial.

Propriile noastre observații ne arată că munca în mină exercită o selecție fermă asupra forței de muncă, mineri, adevărați cu state de serviciu adecvate rămînînd numai personalitățile puternic conturate, cu însușiri psiho-fizice corespunzătoare exigențelor muncii în mină. Muncitorul minier este și trebuie să fie văzut ca un muncitor de elită pentru a cărui viață, sănătate, activitate profesională și reproducerea forței sale de muncă nu trebuie precupețite nici un fel de eforturi, pe toate laturile activității umane și sociale.

Atriția forței de muncă deja calificată și stabilizată în industria minieră datorită noxelor profesionale și îmbolnăvirilor consecutive cît și frecvenței mari la mineri a unor afecțiuni legate indirect de procesele de producție (accidente cu invalidități parțiale sau totale, îmbolnăviri cu caracter semiprofesional ca reumatismele etc.).

Dificultățile psihofiziologice pentru muncitorul minier de a-și menține capacitatea productivă pe parcursul existenței sale profesionale.

Pe cînd în majoritatea profesiunilor paralel cu creșterea vechimii în muncă, crește și gradul de calificare profesională și implicit cîștigul material și perspectiva de a trece la o muncă cu mai puțin efort fizic ș imai mult efort neuro-psihic, la muncitorul miner procesul de avansare în vîrstă se însoțește de diminuarea capacității direct productive.

Cu unele excepții muncile de miner se efectuează în locuri izolate de colectivități constituite, orașe sau localități de tradiție, impun separări de familie sau microgrupuri de integrare anterioară. Uneori cazarea și viața angajatului din industria minieră, îndeosebi din sectorul de prospecțiuni, impune renunțări la condițiile de confort ale vieții moderne, o viață austeră și privată de aportul civilizației industriale.

Muncitorul minier necesită și impune să fie tratat în toate domeniile vieții sociale, pritr-un regim preferențial, nu numai economico-material ci și la nivelul interrelațiilor umane.

În afara acestor factori de aspect socio-profesional, în dificultățile recrutării forței de muncă pentru activitățile miniere și geologice intervin și aspecte organizaționale legate de însăși actul recrutării angajatului pentru industria minieră. Sub imperiul necesităților stringente ale producției, întreprinderile procedează la angajări în raport de ofertă, de disponibilitățile momentane de forță de muncă etc.

Datorită acestui fapt, capătă rapid statut de salariat în industria minieră persoanele care umblă după perspectiva unor cîștiguri mari, dar care nu au aspirații și motivații pentru munca de minier. Lucrul acesta este favorizat printre altele de lipsa unor laboratoare de psihosociologie, care să efectueze un studiu adecvat multidimensional al viitorilor mineri.

Practica psihiatrică arată că multe personalități dizarmonice încearcă angajări în industria minieră exclusiv pe considerentul unor cîștiguri bănești substanțiale. Confruntarea cu dificultățile și servituțile muncii de minier, fac ca asemenea indivizi să părăsească rapid minele, să creeze dificultăți administra-

Scanned with OKEN Scanner

tive şi de producţie cît şi o falsă imagine asupra muncii în industria minieră.

Pe de altă parte sistemul actual al examenului medical la angajare este de natură, în multe situaţii, a crea descurajări administrative solicitanţilor prin formalismul său de-a dreptul birocratic.

Din observaţiile noastre rezultă că însuşi conţinutul intrinsec al actului medical de angajare este lipsit de fiabilitate profesională. În actualul sistem de angajare medicul de întreprindere, adeseori un proaspăt absolvent de facultate, este nevoit să se angajeze în acţiuni şi responsabilităţi pentru care nu are cunoştinţe, experienţă şi competenţă. Pe de altă parte semnalăm absenţa unor criterii amănunţite privind condiţiile psihofizice ale activităţii în mină, lipsa unui barem de contraindicaţii relative şi formale, cu alte cuvinte absenţa unui îndreptar pentru activitatea medicului din industria minieră, redactat nu atît pentru problemele de patologie profesională, cît pentru cele de profilaxie a unor ulterioare disfuncţionalităţi.

Nu este scopul acestei comunicări a intra în probleme de detaliu, dar subliniem faptul că din observaţiile noastre, rezultă că au fost angajaţi pentru activităţi în munci subterane persoane cu contraindicaţii formale (epileptici, schizofreni etc.). Lucrul acesta este favorizat şi de faptul că prin specificul activităţii de angajare, nu se pot obţine date de anamneză subiectivă şi obiectivă de o deplină fiabilitate pentru scopul propus.

O problemă greu de rezolvat în industria minieră, este aceea a persoanelor cu invalidităţi parţiale, dobîndite pe parcursul angajării. Potrivit prevederilor Legii nr. 3/1977, asemenea persoane trebuie menţinute la vechiul loc de muncă.

Nomenclatorul de profesiuni pentru industria minieră cît şi profilul activităţii de minieră, contraindică formal multe afecţiuni care în alte sectoare de activitate (servicii, administraţie etc.) nu impietează asupra unei bune integrări profesionale.

Pentru rezolvarea parţială a unuia din aspectele legate de recrutarea forţei de muncă în activitatea minieră şi geologică, considerăm că se impun în etapa actuală :

1. Crearea de servicii (laboratoare de psiosociologie şi ergonomie la principalele întreprinderi miniere. Orice angajare în activităţile de minerit ar trebui să fie precedate de un temeinic studiu psihosociologic, imediat după primirea avizului medical de angajare.

2. Creşterea exigenţei la examenul medical de angajare. De multă vreme se simte pe plan naţional lipsa unui îndreptar pentru medicul de întreprindere. Noi socotim că de fapt se impune prezenţa nu numai a unui îndreptar general pentru medicul de întreprindere, ci a cîtorva îndreptare pentru principalele ramuri industriale (industria extractivă minieră şi de prospecţiuni geologice, industria chimică, construcţii, industria uşoară etc.). Este necesar ca pe plan naţional să existe criterii privind angajarea forţei de muncă cu date precise, începînd de la tehnica examenului la angajare şi ajungînd pînă la baremuri de contraindicaţii, căi de recuperare etc.

3. Studii şi intervenţii psihosociologice în vederea valorizării sociale a profesiunii de minier.

CONSIDERAŢII ASUPRA UNOR FACTORI SOCIALI ÎN ETIOLOGIA TULBURĂRILOR NEVROTICE ŞI A ACCIDENTELOR DE MUNCĂ

Al. Olaru, I. Bălan
— Craiova

Lucrarea de faţă s-a efectuat la Uzina Electroputere Craiova, unde în 1975 erau angajaţi 10.468 oameni ai muncii, dintre care 9.611 muncitori. Avînd în vedere specificul productiv sexul predominant al muncitorilor este cel bărbătesc. Vîrsta medie a muncitorilor este de 24 ani. Din totalul oamenilor muncii 20,3% sînt navetişti, avînd o distanţă medie de 30 km între domiciliu stabil şi locul de muncă. Uzina Electroputere prezintă o tehnologie modernă, cu un înalt grad de mecanizare. Dotarea tehnică modernă, în continuă expansiune, a jucat un rol important în creşterea nivelului tehnic al producţiei, căreia i se adaugă tendinţa unei tehnicizări originale şi specifice, urmare a studiilor şi cercetărilor ce vizează promovarea progresului tehnic în producţie. Datorită necesităţii obiective impuse de specificul diversificării şi exigenţelor calitative ale producţiei, s-a acordat o atenţie deosebită acţiunii de pregătire profesională a muncitorilor. Cu toate acestea, numărul accidentelor de muncă este însemnat, după cum reiese din datele privind această problemă în decurs de un deceniu (1966—1975) (tabelul I). Gradul înalt de mecanizare a procesului tehnologic incriminează în producerea îmbolnăvirilor şi accidentelor în primul rînd factorul uman şi în al doilea rînd factorul tehnic. De aceea cercetarea de faţă şi-a propus să verifice valabilitatea acestei ipoteze, adică evidenţierea factorilor individuali, motivaţionali, situaţionali etc. în apariţia îmbolnăvirilor, dintre care 35% sînt de natură nevrotică, şi a accidentelor.

În cercetarea acestor factori s-a folosit *analiza statistică* care a constat în studiul dosarelor de accidente existente la protecţia muncii pe anii 1966—1975, fiecare dosar conţinînd date referitoare la persoana şi condiţiile accidentului şi *metoda experimentală*, care a constat în evidenţierea trăsăturilor de personalitate—temperament (activism, autocontrol, ascendenţă, afirmare proprie, sociabilitate, stabilitate emoţională, obiectivitate, acceptarea semenilor, înclinarea spre reflexie, relaţii personale) după chestionarul Guilford-Zimmermann. Aceste trăsături sînt bipolare, corelative şi sensibile la aspectele patologizante. Prelucrarea datelor obţinute s-a efectuat electronic şi a constat în calcularea coeficientului de corelaţie (R), urmărindu-se şi clasificările de rang ale subiecţilor prin calculul coeficientului de corelaţie (Ro). Chestionarul a fost utilizat la Fabrica maşini electrice rotative (MER), respectiv la secţia mecanică, deoarece pe deceniul analizat a avut cel mai mare număr de accidentări (191 accidente, 21% din totalul accidentelor în întreaga uzină) (tabelul II). Au fost alcătuite două grupe : *experimentală* şi de *control*. Grupa experimentală a fost alcătuită din 30 persoane cu accidente mai mult sau mai puţin grave. Grupa de control a fost alcătuită tot din 30 muncitori ce au avut la locul de muncă o comportare bună şi apreciaţi de ceilalţi ca bine pregătiţi în meserie şi care nu au suferit accidente. Ambele grupe au fost alcătuite în exclusivitate din bărbaţi, numărul femeilor fiind foarte redus în această secţie. Diferenţele de vîrstă au fost nesemnificative, majoritatea muncitorilor fiind tineri.

În intervalul 1966—1975 Uzina Electroputere a totalizat 919 accidente. (tabelul I). Analiza a luat în consideraţie : vîrsta, vechimea în aceeaşi profesiune, ora, luna, ziua săptămînii în care s-a produs accidentul, navetismul. Datele statistice evidenţiază corelaţia accidentelor cu următorii factori :

1. *Vîrsta.* Cu cît accidentaţii sînt mai tineri şi fără experienţă cu atît sînt predispuşi la accidentare. Recordul accidentelor este deţinut de vîrsta de 19 ani,

urmată de vîrstele 22, 18, 23, 25, 24 și 26 ani. Vîrsta de 21 ani este mai puțin implicată, tinerii fiind în stagiul militar. Tabelul III cuprinde vîrstele între 15 și 65 ani. Se constată o scădere a numărului de accidente pe măsura avansării spre vîrste înaintate. Excepție fac grupele de 36, 32 și 40 ani care prezintă un procent mai ridicat de accidentare, explicabil prin faptul că aceste persoane s-au încadrat la o vîrstă mai înaintată în activitate, deci au experiență mai redusă. Vîrstele mai înaintate, deși au o diminuare a senzorialității, au cel mai mic procent de accidente, explicabil printr-o experiență mai îndelungată în profesiune, căreia se adaugă un grad mai mare de prudență.

2. *Vechimea în profesiune.* Tabelul IV indică drept un factor important în reducerea accidentelor în funcție de vechimea în profesiune, deoarece se constată, prin experiența acumulată, o apreciere realistă a situațiilor periculoase, ceea ce duce la evitarea acestora. Accidentele scad pe măsură ce crește vechimea în profesie. Cele mai multe accidente se produc în primii doi ani de meserie.

3. *Studii și calificare.* Tabelul V, ne indică o mare variabilitate de accidentați de la analfabeți pînă la absolvenți ai unei școli tehnice de specialitate. Categoria cea mai afectată este aceea a muncitorilor absolvenți a 4 clase elementare. În acest caz, se impune diagnosticul psihologic, mai ales în cazuri de intelect liminar prin carențe pedagogice, în vederea unei orientări profesionale corecte și încadrarea acestora în locuri de muncă mai puțin periculoase.

4. *Starea civilă* (tabelul VI). Contrar rezultatelor cercetărilor din literatura de specialitate, în Uzina Electroputere cei mai mulți accidentați sînt căsătoriți : 55,40%, dintre aceștia 45,40% fiind căsătoriți, cu copii și căsătoriți, fără copii, necăsătoriții atingînd procentul de 30,10%. În datele statistice, anul 1966 nu a fost cuprins. Explicația procentului crescut la căsătoriți, cu copii constă în tulburarea echilibrului adaptativ al acestor muncitori, confruntați cu mai multe probleme de viață decît cei necăsătoriți, manifestate prin stări nevrotice, anxioase, tensionale, oboseală etc. ce modifică parametrii psihomotricității, ceea ce se soldează cu erori și accidente în muncă. Așadar, constelația socială are dimensiuni mai mult sau mai puțin importante, ce poate influența adaptarea în muncă.

5. *Accidentele și navetismul.* Tabelul VII arată că un număr mare de accidentați îl dă navetismul. Procentul mediu al muncitorilor accidentați între 1967 și 1975 este de 30% față de numărul total al accidentelor, în anul 1971 ajungîndu-se la 59%, iar în anul 1975 la 55%. Explicația acestei corelări accident-navetism o dă starea de *oboseală cronică* provocată de parcurgerea zilnică a distanței domiciliu — loc de muncă și invers, de prestarea unor activități gospodărești la domiciliul lor rural sau semirural.

6. *Corelația accident — lună, zi, oră, schimb.* Analiza accidentelor lunar, trimestrial și semestrial (tabelul VIII) indică următoarele : cele mai multe accidente se produc în luna noiembrie (99) și cele mai puține fiind în lunile ianuarie și februarie (în medie 62), luna mai ocupă locul doi în frecvența accidentelor (92) și luna martie locul 3 (84). Diferențele urmează o curbă corespunzătoare lunilor trimestrial și semestrial. Explicația accidentelor în lunile indicate este legată de *absentism, ritm de muncă* și *solicitare* variabile, *etilism ocazional*, cu rezonanță negativă în activitatea psihică, ce se află la baza activității profesionale.

Zilele din săptămînă care favorizează accidentele (tabelul IX) sînt zilele de miercuri (167) și marți (164), iar ziua cu cel mai scăzut număr de accidente fiind sîmbătă (133). Ziua de miercuri corespunde cu ziua din săptămînă ca fiind mai obositoare, decompensînd adaptarea la ritmul de activitate.

Ora din zi sau noapte (tabelul X) indicată ca cea mai producătoare de accidente este ora 9—10 dimineața, reprezentînd 15% din accidentele pe schimb, fapt ce contrazice rezultatul cercetărilor ce indică orele 9—10 ca fiind cele mai favorabile productivității. Îi urmează în ordine descrescîndă orele 13—14 (14%). În concluzie, penultima oră față de pauza de masă de la ora 11 și penultima oră față de sfîrșitul programului dau cele mai multe accidente. Schimbul I (orele 7—15) totalizează 72% din totalul accidentelor, în schimbul II (orele 15—23) între orele 16,20'—18,20' se înregistrează cele mai multe accidente, iar în schimbul III (orele 23—7) cel mai mare număr de accidente se produce între orele 1,40' și 2,40'. Considerăm frecvența crescută a accidentelor la orele indicate ca fiind expresia tulburărilor nervoase, generate de stări de hipoglicemie, de precipitarea în activitate înainte de pauzele de masă și de la sfîrșitul activității, de oboseală, ritm de lucru și frecvența intervențiilor (din schimbul I și II), ca și de inadaptarea la ritmul zi-noapte (schimbul III), cu oboseala și somnolența caracteristice.

7. *Accidentele pe profesii* (tabelul XI). Se constată un număr mare de accidente la persoanele angajate direct în procesul de producție, numărul accidentelor fiind scăzut la supraveghetori (maiștrii, tehnicienii, controlorii de calitate etc.). Lăcătușii ocupă primul loc ca număr de accidente, urmat de strungari și sudori. Muncitorii necalificați ocupă locul doi, după lăcătuși, ca frecvență, prin însuși statutul lor de necalificați. Muncitorii calificați în primele șase luni de activitate au mai puține accidente, printr-un comportament excesiv de prudent, iar după aceea, rezultatele obținute în muncă le conferă o încredere exagerată în propriile forțe, fapt ce determină adoptarea unui comportament riscant, ceea ce se soldează cu erori și accidente.

În concluzie, analiza statistică a accidentelor a permis clasificarea erorilor ce stau la baza lor ca fiind : a) *nerespectarea instrucțiunilor* prin deficiențe caracteriale, atitudini greșite ; b) erori de psihomotricitate prin pregătire insuficientă, stări conflictuale, oboseală, lipsă de experiență etc., ce determină omisiuni, acțiuni anticipate, întîrzieri, ezitări. Tabelul XII indică un procent de 60% din totalul accidentelor considerate ca fiind datorate nerespectării normelor de tehnică a securității muncii și 40% deficiențelor psihomotorii.

Factorii psihosociali ocupă un loc important în producerea accidentelor, ceea ce obligă la analiza trăsăturilor de personalitate a celor implicați în accident.

Date experimentale. Analizînd tabelul XIII în care sînt consemnate rezultatele trăsăturilor de personalitate investigate prin chestionarul Guilford-Zimmermann, pentru grupa experimentală și de control, se constată deosebiri semnificative între acestea. Subiecții din grupa experimentală prezintă activism ridicat, autocontrol, ascendență, stabilitate emoțională, obiectivitate și înclinare spre meditație scăzută. (Subiecții au obținut un punctaj scăzut sub 50 la nota T) La această grupă cele 45 corelații (R) calculate electronic evidențiază un coeficient destul de mare față de pragul de semnificație cel mai riguros P=01, ceea ce înseamnă că este *puternic semnificativ.* La subiecții din grupa de control cele 45 corelații (R) evidențiază un coeficient de relație neglijabil. Pe ansamblul grupei rezultatele sînt echilibrate. Pentru grupa experimentală rezultatele pozitive obținute (spre exemplu la însușire, activism) nu evidențiază semnul unei bune adaptări, deoarece, în ansamblu, accidentații prezintă activism ridicat, care în condițiile de muncă se referă la rapiditate, preferință pentru viteză, tendință la precipitare, context de caracteristici generatoare de neliniște psihomotorie, ce favorizează eroarea și accidentul la apariția unor factori neprevăzuți, cu dezorganizarea deprinderilor de muncă și eliberarea pulsiunilor subiacente. În aceeași grupă,

Scanned with OKEN Scanner

starea de precipitare este un factor agravant prin autocontrol scăzut, ceea ce determină în plan comportamental, impulsivitate şi atracţia spre situaţii riscante. Ascendenţa scăzută la grupa experimentală dovedeşte o atitudine de ezitare, de neasumare a răspunderii, care se traduce printr-un comportament inadecvat situaţiilor de muncă. Tipul psihologic al accidentatului este extravertit şi instabil emoţional, (agitaţie, impulsivitate şi tendinţe agresive), determinînd dificultatea de adaptare la situaţii neprevăzute, acestea producînd o stare de conflictualitate intrapsihică şi blocaj emotiv, inhibant.

În concluzie, grupa experimentală este dominată de un dezechilibru temperamental şi afectiv, ceea ce nu se constată la grupa de control a neaccidentaţilor. Din punct de vedere al selectării şi orientării profesionale trebuie să se aibă în vedere trăsăturile de personalitate indicate şi contraindicate în anumite profesiuni în vederea realizării deziderатului „omul potrivit, la locul de muncă potrivit".

	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975
TOTAL ACCIDENTE	49 45M 4F	59 56M 3F	42 41M 1F	80 74M 6F	85 77M 8F	97 94M 3F	120 116M 4F	139 130M 9F	130 123M 7F	118 113M 5F
MORTALE	2M	1M	3 2M 1F	1M	1M	1M	2M	2M	1M	
INVALIDITATE	3 2M 1F	2M	4M	3 2M 1F	5 4M 1F	2M	3 2M 1F	2M	1M	
CU INCAPACITATE TEMPORARĂ DE MUNCĂ	47 43M 4F	54 52M 2F	39 38M 1F	73 68M 5F	74M 7F 91	89M 2F 117	113M 4F 134	126M 8F 126	119M 7F 116	111M 5F

Total = 919
M = 869
F = 50
Mortale = 16
M = 15
F = 1
Invaliditate = 25
M = 21
F = 4

TOTAL PE 10 ANI
INCAP. TEMP. = 878
M = 833
F = 45

AGENDA:
M = masculin
F = feminin

	Atel. prese	Atel. strungărie grea	Atel. bobinaj C.C.	Atel. colectoare	Atel. linia de axe	Atel. bobinaj C.A.	Atel. preg. bobine C.A.	Atel. freze	Atel. întreţinere	Atel. debitare	Atel. constr. sudate	Atel. montaj C.A.	Atel. preg. bob. polare	Atel. preg. bob. C.A.	Atel. portperii	Atel. impachetaj C.A.	Grupa dispeceri	Atel linia carcase	Atel. eboşeri	Atel. rem. carcase	Atel. montaj C.C.	Atel. prel. carcase	Atel. impachetaj C.C.	Atel. ajustaj C.C.	Hala E	Depozit lamin. tablă	Atel. eboşări carcase	C.T.C.	Atel. debitări C.M.	Atel. ajustaj	Atel. tîmplărie	Grupa de aproviz.	Atel. C.M.	Atel strung. uşoară	Impachetaj	Atel. neprecizat	Impregnare	TOTAL	% din numărul mediu scriptic.
1966	3	2		1									1										1													1	2		11	0,82%
1967		1			2									2					1					1												1			8	0,60%
1968	1	1							1						1				1								1												6	0,44%
1969	2		1			3	2	1	1												1		1												1			13	0,86%
1970	1	1	1	2	1			1					1		1	1	1		1															1	1	1			15	0,96%
1971	5	2			2	2	1	1	2	1		1	1				1	1								1		1					2	2	1			27	1,99%
1972	7	1		1	2		1				3					2						1	2						1				1		1			23	1,33%
1973	8	3	2	1	1					2	2	1			1	1			1			1							1	1	1	2	2					31	1,84%
1974	3	5		2			1	2	1	2		1	2	1				1																	3			24	1,41%
1975	4	6		3	4		1	2				2									5	4				1							1					33	1,87%
Total pe rubrici	33	22	4	10	12	5	6	7	5	5	5	5	3	3	3	3	3	3	2	2	2	7	6	2	1	2	1	2	1	1	4	6	9	4		191		

Anul	Analfabeți	Sub 4 clase	4 clase	5—6 clase	7 clase	8 clase	9—10 clase	Școală medie sau liceu	Școală profesională	Curs. calific. de scurtă durată	Gimnaziu + Liceu industrial	Ucenic 1—5 ani	Calificat la locul de muncă	Facultate	Școală maiștrii	Școală tehnică	Școală postliceală	Total pe ani
1967	1		10	1	6				36	5	4	1	2	1	1	1		69
1968	1		3	1		1			28		1							39
1969	1		18	6	5	2		2	28	12	1		2			1		78
1970		2	10	5	9	1	1		39	4			2	3				77
1971		1	14	8	10	4	1	1	32	5	1		1	1		2		81
1972			12	5	9	2		3	53	16	3		3	2				108
1973		11	2	4	1	1			55	32	1	9	6		4	1		127
1974		5	13	6	7	3	1		50	22		2	7	1		1	1	119
1975			13		3		2		46	34	4		14		2			118
Total	3	19	95	36	54	14	5	6	367	130	15	12	37	8	7	6	1	816
	0,36%	2,30%	12%	4,30%	7%	2%	0,6%	0,70%	44,9%	15,9%	1,7%	1,40%	4,5%	0,9%	0,8%	0,7%	0,1%	

Anul	Căsătoriți cu copii	Căsătoriți fără copii	Divorțați cu copii	Necăsătoriți	Necăsătoriți cu copii
1966					
1967	31	7	1	19	
1968	14	5		24	
1969	42	13		20	
1970	37	10		31	
1971	49	13		24	
1972	50	14		39	
1973	74	9		51	1
1974	57	10		24	
1975	64	8	1	45	
Total pe rubrici	418=45,40%	89=10%	2=0,20%	277=30,10%	1=0,10%

	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	Total pe 9 ani
Numărul navetiștilor accidentați	6	3	24	25	57	27	44	43	63	292
% din total accidentați	10%	7%	30%	29%	59%	23%	32%	33%	55%	30%

	Elevi practicanţi	Necalificaţi	Lăcătuşi	Strungari	Sudori	Electricieni	Bobinatori	Turnători	Frezori	Ştanţori	Presatori	Tîmplari	Vopsitori	Galvanizatori	Curăţitori	Debitatori	Şablotori	Chituitori	Mecanici	Forjori	Topitori	Prim.-distrib.	Rectificatori	Ascuţitorişti
1966	2	8	14	4	5	3	1	1	2	2	2					2	1							
1967	1	6	18	3	4	2			2	4		4	1		2	1		1	2	1	1	1	1	
1968	2	5	14	2	3	4		1	2	1	1		1							1				2
1969		13	21	3	1	8	6	2	2	1	1	2	3		2	4					1			
1970	6	11	24	9	5	1	3	3	2	2	1		1		1	4	2				1			
1971	6	6	22	10	6		5	1	1	3	3	1			2	3	2		1			1		
1972	8	13	35	13	6	8	3	8		2	2	2	1		2	6	4			1	1			
1973	2	14	41	15	9	7	3	7	3	4	4	4	2		1	4	4				2		1	
1974	6	25	42	5	3	6	9	7	4	2		1	1			4	2			1	1			1
1975	1	10	31	18	4	3	1	10	6		1	2	1		7				1	1	1			
Total	34	111	268	80	47	42	31	40	24	21	15	16	11		17	28	15	1	4	5	8	2	2	3

	Controlori	Zidari	Instalatori	Laboranţi	Impachetatori	Compresatori	Cazangerişti	Găuritori	Trasatori	Reglatori	Armatori	Sculeri matriţ.	Termişti-tratam.	Ungători	Şlefuitori	Impregnatori	Cond. electrocare	Macaragii	Şoferi	Transportatori	Maiştrii	Ingineri	Tehnicieni	Magazioneri	Mercecologi	Îngrijitoare	Paznici	Fochişti
							1										1									1		
																	2	1								1		
	1	1																										
		1	1														4	1			1			1		1		
					1	1	1	1							1		3		2			1	2					
									1								2	2			2	1	1					
										1	1	1	1						1		2	1						
							1	3	1			1		1			2		2		2			1			1	
																	1	1				1						
		1	1		1			3	1	4		3							2	2	1						1	1
1	3	2		3	1	2	7	3	5	1	5	1	1	1		15	5	7	2	8	5	3	2		3	2	1

Grupa experimentală subiecţii de la (30—60)			Grupa de control subiecţii de la (1—30)		
Însuşirea	Număr subiecţi (sub 50) la nota T	Procentajul calculat	Însuşirea	Număr subiecţi (sub 50) la nota T	Procentajul calculat
1. G. (Activismul)	8	26%	G. (Activismul)	8	26%
R. (Autocontrolul)	26	85%	R. (Autocontrolul)	6	20%
A. (Ascendenţa)	21	70%	A. (Ascendenţa)	14	46%
S. (Sociabilitatea)	10	33%	S. (Sociabilitatea)	6	20%
Z. (Stabilitate emoţională)	20	67%	Z. (Stabilitate emoţională)	8	26%
O. (Obiectivitate)	23	76%	O. (Obiectivitate)	15	50%
F. (Acceptarea semenilor)	10	33%	F. (Acceptarea semenilor)	7	26%
T. (Înclinarea spre meditaţie)	21	70%	T. (Înclinarea spre meditaţie)	8	26%
P. (Cooperarea)	16	53%	P. (Cooperarea)	6	20%
M. (Bărbăţia)	4	13%	M. (Bărbăţia)	10	33%

Scanned with OKEN Scanner

Cauze nemijlocite	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	Total
Manipulare greșită piese și materiale	6	9	6	9	13	15	14	14	2	21	109
Manevrare greșită a mașinii sau utilaj	4	4	5	8	6	8	12	12	10	25	94
Așezare incorectă piesă sau mat. indisp.	3	3	4	3	2	5	10	13	14	6	63
Încălcarea normelor de p.m., a procesului tehnologic prin introducerea mîinilor între părțile active periculoase ale mașinii sau utilajului	6	4	4	4	7	6	3	11	4		49
Depozitarea și stivuirea de piese și materiale necorespunzătoare											
Proces tehnologic incorect	2	2	3	4	6	4	9	10	8	11	48
Nefolosirea echipamentului de protecție a muncii (personal sau al mașinii)	4	6	2	4	3	5	3	4	11	12	54
Mînuirea greșită a sculelor	4	3		3	5	8	5	4	10	8	50
Verificarea, reglarea reperului mașinii în mers sau în tensiune	3		2		1		11	10	11		38
Starea tehnică necoresp. a mașinii și utilajului	3	2	1	11	3	4	10	2	4	4	44
Nerespectarea normelor cu privire la efortul fizic	1	1	1	3	3	4	6	8	5	2	34
Neatenție în mișcare, în mers		3	2	3	3	2	3	7	6	6	35
Executarea de activ. din proprie inițiativă care depășesc limita de comportare (calificare)		4		1	6	2	2	4	9		28
Scule în stare tehnică necoresp.	2	2	1	3	4	3	3	2	5		25
Instalații și operații improvizate		2	1		3	5	5	4		7	27
Cale de acces necorespunzătoare		3	2	2	2	3	5	1	2		20
Fol. de căi de acces arbitrare											
Echipament de prot. muncii deteriorat, murdar sau care lipsește	3	2	1	2	1	4	3	2	3	4	25
de pe mașină	2				2	2	5	3	3		17
Defecțiuni tehnice	1				1	1	1	7	5		16
Loc. de muncă neorganizat	1	2				3	3		1		10
Cond. necoresp. a mijl. de transp.											
Legarea necoresp. a sarcinii în instalațiile de ridicat					2	2	2	5	4		15
Manevrare greșită a mijl. de transport manuale	2		2	1	2	4	1	3	1		10
Necoord. lucr. echipă				4	3	1	2	2			11
Alunecare, împiedicare		2	2		1			4	6	6	12
Glume periculoase	1	1	1	2	3		1	1	1		17
Cu instructaj nefăcut	1				2	3	2	2			11
Neasig. securități subalternilor					1	1		4	1		10
Manip. greșită a recip.		1			1				1	2	7
Efect. manevrare fără comandă		1		1					1		5
Poz. incorectă la lucru	1		1	1		1	1		2		3
Folosirea mat. inflamabile în locuri interzise				4							7
Folosirea focului unde se lucrează cu inflamații		2						1	1		4
Consum de alcool			1	2							3
Lucrări auxiliare din lipsă					1			1	1		4
dispozitive.						1	1	1	1		4

In the conditions of contemporary life, dominated by the technical-scientific revolution produced by the mechanisation and automatization of production, the worker becomes not only a more performer of physical work, but an active participant together with the equipment and other workers, a situation in which his psychic structure is fully engaged. The research done at Electroputere Plants in Craiova, attempts to bring into relief a series of psycho-social factors which hinder the best adjustment to the production process giving birth to weariness and psychic suffering. The results is the accident.

The conclusion of the reaserch is the negative intervention of some factors linked to age, length of service, professional training, civil state, playing, working time-table, etc. In evaluating these factors, some pesonality features characteristic of those who suffered accidents have been brought into relief.

The general conclusion points out in the firts place the part played by the psycho-social factors (74,5%), and, secondly the technical organisation factors (24,5%). Consequently, the engagement in certain works must take into consideration the personality features which indicate or counter-indicate a certain profession. The psychology of industrial work as well as ergo-psychiatry are meant to further contribute to the achievement of this desideratum and to the humanisation of man's relation within the industrial work.

Scanned with OKEN Scanner

PARTICULARITĂŢI PSIHO—SOMATICE ŞI IMPLICAŢII SOCIALE LA UN LOT DE FEMEI CU NEVROZE DINTR-O ÎNTREPRINDERE TEXTILĂ

Florica Mănoiu, Ecaterina Negrea, Violeta Micu
— *Bucureşti*

În cercetări anterioare efectuate de către echipe complexe multidisciplinare din I.E.M.R.C.M. se constata că printre cei cu concedii sau pensii pentru incapacitate temporară de muncă, o mare pondere ca frecvenţă aveau cazurile cu nevroze, iar printre acestea predominau numeric femeile.

Frecvenţa celor cu incapacitate temporară de muncă prin nevroză s-a impus a fi atenţionată nu numai în sectoarele cu activitate predominant intelectuală, ci şi în cadrul mediului muncitoresc industrial.

Indicii de gravitate cei mai crescuţi prin boli psihice au fost semnalaţi în industria cărbunelui, textilă, confecţii, pielărie, încălţăminte, industria extractivă.

Pe baza acestor indici am considerat utilă o cercetare asupra nevrozelor din industria textilă.

Un aspect deosebit de interesant al nevrozelor îl constituie relaţiile psiho-somatice şi implicaţiile lor sociale, existînd în acest domeniu multe controverse.

Fiind cunoscută importanţa factorilor psihici pentru capacitatea de muncă, se înţelege că relaţiile psihosomatice din nevroze au şi ele multiple implicaţii în capacitatea de muncă a bolnavilor respectivi.

Ne-am axat cercetarea pe unele particularităţi ale relaţiilor psihosomatice şi implicaţiile sociale ale nevrozei la femeile din întreprinderea de industrie textilă 7 Noiembrie Bucureşti.

Material şi metodă

Cercetarea s-a realizat în mai multe etape diferite ca metodologie şi ca profunzime în investigaţii.

În prima etapă s-a analizat morbiditatea generală şi prin nevroze — cod 107 din industria textilă a municipiului Bucureşti, morbiditate, care a fost utilizată drept cadru de referinţă.

Ca tehnică de înregistrare a datelor, au fost incluse în calcul numai datele privind incapacitatea de muncă prin boli obişnuite, accidente de muncă şi boli profesionale, considerîndu-se că incapacitatea de muncă prin „alte cauze" nu exprimă direct morbiditatea în rîndul salariaţilor.

În a doua etapă s-au analizat şi s-au înregistrat datele cuprinse în certificatele medicale acordate pentru nevroze în „Uzinele 7 Noiembrie" în anul 1971.

În etapa III-a, cei care au beneficiat de concedii medicale pentru nevroze — 111 persoane — au fost investigaţi psihiatric şi psihologic de către echipa clinicii de Psihiatrie în cadrul dispensarului de întreprindere.

În etapa IV s-au urmărit aspectele sociale ale cazurilor cu nevroză, datele respective fiind apoi corelate cu cele medicale şi psihologice.

Greutate specifică a îmbolnăvirilor

Pe primul loc se situează infecţiile acute ale căilor respiratorii — 26,9% din totalitatea cazurilor, urmate de complicaţiile sarcinii, naşterii şi lehuziei — exceptînd avortul 9,2%, gripa 18,9%, boli ale sînului şi ale organelor genitale feminine 5,6%, boli ale sistemului osteoarticular — 5,3%.

Nevrozele în industria textilă se situează pe locul 8 cu 3,7% adică pe acelaşi loc ca pe municipiul Bucureşti, unde însumează însă 3,4%.

Greutate specifică în zile

Proporţia maximă de zile de concediu medical plătite apare în infecţiile acute ale căilor respiratorii — 13,8% urmate de complicaţiile sarcinii, naşterii şi lehuziei 11,3% nevroze 6,7%, boli ale sînului şi organelor genitale feminine 6,4%, bolile sistemului osteoarticular — 5,6%.

De reţinut că faţă de municipiului Bucureşti se observă în industria textilă proporţii superioare ale frevenţei infecţiilor acute ale căilor respiratorii superioare — 13,8% faţă de 11,3 boli ale sînului şi organelor genitale feminine 6,4% faţă de 4,0%, complicaţii ale sarcinii, naşterii şi lehuziei 11,3 faţă de 5,8% şi mai reduse la tuberculoza aparatului respirator 3,9% faţă de 6,9% şi accidente 4,5% faţă de 7,1%.

Indicele de frecvenţă

S-au înregistrat 122,8 certificate iniţiale de concedii medicale la 100 salariaţi cu 54,5% mai mult decît în municipiul Bucureşti.

În industria textilă s-au găsit indici de frecvenţă mai mari decît în municipiul Bucureşti pentru următoarele afecţiuni: infecţii acute ale căilor respiratorii: 33,0% faţă de 20,0%; gripă 10,4% faţă de 7,4; nevroze 4,5% faţă de 2,7%; litiază biliară, colecistită şi alte boli ale ficatului şi vezicii biliare 5,8% faţă de 3,3%; alte boli ale aparatului digestiv 5,0% faţă de 2,5% şi în special la bolile specifice femeilor: complicaţii ale sarcinii, naşterii şi lehuziei 11,2% faţă de 4,2%; boli ale sînului şi ale organelor genitale feminine 6,9% faţă de 3,2%.

Indicele de gravitate

În industria textilă s-au constatat în perioada analizată 1072,5 zile concediu medical pentru 100 salariaţi, cu 24,3% superior indicelui de gravitate pe municipiului Bucureşti.

Comparativ cu datele obţinute la municipiu, în industria textilă apar indici superiori la nevroze 71,9 faţă de 51,6 la infecţii acute ale căilor respiratorii — 148,4 faţă de 96,8, gripa 52,9 faţă de 41,5, litiază biliară, colecistită şi alte boli ale ficatului şi vezicii biliare 41,5 faţă de 31,2 bolile sînului şi organelor genitale feminine 61,0 faţă de 34,9, complicaţiile sarcinii, naşterii şi lehuziei 120,7 faţă de 49,0 indici mai reduşi la tuberculoza aparatului respirator 42,2 faţă de 59,6, pneumonie 7,2 faţă de 11,7 şi boli cerebrovasculare 2,1 faţă de 3,5.

Proporţia bolnavilor cu nevroză a fost de 5,1% din totalul salariaţilor. Ca frecvenţă au predominat femeile în 90,1% cazuri, faţă de bărbaţi 9,9%. Raportînd cazurile de nevroză la totalul lotului de salariaţi rezultă că femeile s-au îmbolnăvit în proporţie de 6,5% în timp ce bărbaţii au ajuns la nevroză în 1,7% din totalul salariaţilor.

Pe grupe de vîrstă, numărul celor cu nevroză a atins maximum între 36—40 ani — 26,2% şi între 41—45 ani: 23,4%.

S-a mai diferenţiat un vîrf de morbiditate la prima grupă de vîrstă din rîndul salariaţilor 21—25 ani — 16,8%.

Scanned with OKEN Scanner

Vîrsta medie a cazurilor cu nevroză a fost de 37 ani și luni ; la bărbați fiind 36 ani și 8 luni, la femei 37 ani și 9 luni.

Dintre cele 15 forme de activitate analizate, rezultă că nevroza a afectat prioritar pe cei ce au efectuat una din trei categorii de activitate, care au cuprins 84,6% din totalitatea cazurilor și anume : țesătorie 31,8%, filatoare 27,3%, muncitori 25,5% ; în rest s-au constatat procente mici.

În ce privește forma de nevroză, s-a constatat într-o majoritate de 85,6% neurastenie simplă iar în 12,6% din cazuri : neurastenie depresiv-anxioasă. La femei, proporțiile au fost foarte apropiate de cele constatate la total și anume 85% neurastenie simplă și 13% neurastenie depresiv-anxioasă.

Raportînd formele de nevroză la vîrsta cazurilor studiate, am remarcat că neurastenia simplă a fost manifestată la toate grupele de vîrstă, predominînd între 36—40 ani — 25,3% și între 41—45 ani 24,2% precum și între 21—25 ani.

Urmărind forma de nevroză în raport cu tipul de activitate desfășurată profesional înainte de apariția bolii, am constatat că printre cazurile cu neurastenie simplă au fost : țesătoare 33,5%, filatoare 27,3% și muncitori 25,5%.

Cercetînd afecțiunile somatice asociate nevrozei în industria textilă comparativ cu datele din alte sectoare studiate am remarcat că a predominat în totalul loturilor cercetate — nevroza fără afecțiuni asociate, variind între 100% și 51,7% după cum urmează : textile 100%, proiectare tehnică 92,7%, electrotehnica 82,1%, cercetare tehnică 80,7%, cercetare medicală 72,1%, învățămînt 54,2%, administrația de stat 51,7%.

Dealtfel, faptul că în textile, toate concediile medicale au fost acordate exclusiv pentru nevroză fără afecțiuni somatice asociate, explică durata cea mai scăzută a concediilor medicale, în raport cu durata lor din alte sectoare studiate.

Din datele prezentate, interesantă și surprinzătoare este constatarea că în 100% din cazuri, în întreprinderea menționată bolnavele cu nevroză nu au prezentat nici o afecțiune somatică asociată.

Deși psihogenia este recunoscută ca mecanismul patogen esențial în nevroze se recunoaște de mult participarea factorului somatic în nevrotizare. La nivelul informațiilor de azi este greu de conceput tulburările funcționale fără tulburări de structură, acestea din urmă producîndu-se uneori la nivele moleculare, greu accesibile mijloacelor de investigație de care dispunem.

Cu toate aproximațiile mari, lacunele existente în înțelegerea mecanismelor etiopatogene ale nevrozelor, acordîndu-se mai mică sau mai mare importanță participării factorilor somatici, s-a acreditat de mult ideea că nevrozele duc la tulburări somatice. De fapt, este de observație comună frecventa asociere a nevrozelor cu diferite afecțiuni somatice. De ex. Fr. Alexander subscrie la părerea psihianaliștilor, care ar fi constatat că sub influența tulburărilor emoționale prelungite, se pot produce tulburări somatice cronice.

Constatîndu-se des asocierea dintre nevroze și afecțiuni somatice s-au stabilit relații de cauzalitate între ele, atribuindu-se nevrozei efecte defavorabile asupra somaticului. Se cunosc totuși multiple divergențe în părerile privind acțiunile nevrozei asupra somaticului.

Faptul că în lotul de femei cu nevroză din întreprinderea 7 Noiembrie, n-au găsit nici un caz cu afecțiune somatică asociată, contrazice teza conform căreia dezechilibrul nevrotic duce la tulburări somatice. Această constatare are o semnificație întărită de faptul că în întreprinderea respectivă, așa cum am arătat, un număr mare de femei prezentau o multitudine de afecțiuni somatice pentru care s-au înregistrat certificate de concedii medicale cu indici de frecvență, greutate specifică, gravitate mai mare decît pentru aceleași afecțiuni din alte sectoare de muncă din municipiul București.

În alte sectoare de muncă din municipiul București, s-a constatat de asemenea, că peste 50% dintre bolnavii cu nevroză nu aveau afecțiuni somatice asociate.

Mai trebuie subliniat faptul că în multe cazuri cu nevroză din întreprinderea 7 Noiembrie, tulburările nevrotice se repetaseră în antecedente cu 4—5 ani înainte de investigația noastră.

Datele noastre se înscriu în favoarea ideii că nevroza singură prin ea însăși, poate să nu ducă la tulburări somatice. Dacă după apariția nevrozei mai apar și tulburări somatice, acestea din urmă au în determinismul lor și alți factori asociați nevrozei.

Pe plan social, constatarea noastră prezintă interes, pledînd în favoarea recuperării capacității de muncă a bolnavelor cu nevroză. Desigur, trebuie evitate considerațiile superficiale asupra absenței afecțiunii somatice în unele cazuri cu nevroză. Dacă un om sănătos somatic ajunge la nevroză în urma unor factori de ordin piho-social, aceștia nu sînt mai puțin importanți decît cei somatici și pun probleme ce trebuie insistent atenționate în recuperarea capacității de muncă.

Concluzii

În Întreprinderea urmărită, nevrozele s-au situat pe locul 8, adică pe același loc ca în municipiul București.

Proporția bolnavilor cu nevroză a fost de 5,1% din totalul salariaților.

În lotul total de bolnavii cu nevroză, femeile au avut o frecvență de 90,1%, corespunzător predominanței feminine a salariaților din întreprinderea investigată.

Raportînd cazurile de nevroză la totalul lotului de salariați rezultă că femeile s-au îmbolnăvit în proporție de 65% în timp ce bărbații au ajuns la nevroză în 1,7% din totalul salariaților.

S-au constatat în întreprinderea cercetată numeroase afecțiuni somatice pentru care s-au înregistrat certificate de concedii medicale cu indici de frecvență, greutate specifică, gravitate, mai mari decît pentru aceleași afecțiuni din alte sectoare de muncă din municipiul București.

Cu toată multitudinea de afecțiuni somatice manifeste la un mare număr de femei din întreprinderea textilă urmărită, în lotul femeilor cu nevroză, în 100% din cazuri nu s-au manifestat afecțiuni somatice asociate, deși în multe cazuri, tulburările nevrotice se repetaseră în antecedente cu 4—5 ani înainte de investigația noastră.

În alte sectoare de muncă din municipiul București, s-a constatat de asemenea că peste 50% dintre bolnavii cu nevroză nu aveau afecțiuni somatice asociate.

Mai prezintă interes sub aspect practic social, faptul că reactivitatea somatică normală a bolnavelor cu nevroză din industria textilă constituie o condiție favorabilă recuperării capacității lor de muncă.

In a folow-up study of research work carried out by the multi-disciplinarian teams of the above Institute on work incapacity caused by neuroses, we attempted to identify some particular aspects of psycho-somatic relationships and social implications of neuroses in a lot of women patients from a textile plant.

In the plant under study we found numerous somatic affections for which the relative medical sick leave document evidenced higher frequence, specific weight and degree of seriousness indexes than those pertaining to identical conditions for other activity branches from the Municipality of Bucharest.

Scanned with OKEN Scanner

Despite the multitude of somatic conditions found in a great number of female patients from the textile plant under survey, in the neuroses lot we failed to find in 100% of the cases associated somatic affections, although in many instances the neurotic disorders had been repeated in antecedents 4—5 years before our investigation.

In other branches of activity of the Municipality of Bucharest, we also found that in 50% of the cases the neurosis patients did not have associated somatic conditions.

Our findings are of particular interest in that they are contrary to the well known thesis according to which neurotic disorders will lead to somatic conditions. They are also interesting from a practical viewpoint as the normal somatic response of the neurotic patients is a favourabile factor for the rehabilitation of the work capacity.

SOLICITAREA PSIHICĂ ŞI ADAPTAREA LA FABRICA DE TRICOTAJE „SOMEŞUL" DIN CLUJ-NAPOCA

Eugenia Simulescu, Bohaciu V.
— Institutul de Medicină şi Farmacie — Cluj-Napoca

Începînd cu 1970 s-au întreprins o serie de cercetări psihiatrice la Fabrica de tricotaje „Someşul" din Cluj-Napoca, cu referire la *solicitarea* psihică, comparativ, pe secţii, în procesele de adaptare în cadrul relaţiei om-maşină, precum şi cu privire la morbiditatea psihiatrică a acestei întreprinderi, în perioada anilor 1971 şi 1977, precum şi curba evolutivă ce se intercalează între aceste două secţiuni.

Intenţia şi scopul acestor consideraţiuni este de a descoperi şi de a analiza, eventual, o relaţie directă, cauzală între afecţiunea psihică şi locul de muncă, de un aspect specific, sau de a stabili o relaţie indirectă între aceste două elemente şi în sfîrşit, de a comenta un incident psihiatric, la un muncitor din această întreprindere la care structurarea conflictului se referă la cauze intrapersonale, fără nici o legătură cu specificul de muncă al întreprinderii.

Pentru a putea concluziona asupra acestor aspecte propuse, s-au întreprins încă din 1970, vizite în întreprindere cu desfăşurarea observării procesului muncii în diferitele secţii, precum şi analiza cazurilor internate în clinica psihiatrică Cluj-Napoca.

Fabrica de tricotaje „Someşul" cuprinde mai multe secţii. Iată unele dintre ele :

1. *Secţia de depănat,* în care munca se desfăşoară individual, în condiţii de ortostatism, presupune atenţie continuă, îndemînare manuală, oarecare viteză şi are un caracter repetitiv al mişcărilor. Semnalele vizuale şi auditive sînt uşor de detectat şi interpretat. Variaţia culorilor şi finisarea procesului o fac să nu fie monotonă, dînd satisfacţie muncitorului în ce priveşte realizarea integrală a unei faze din procesul tehnologic al întreprinderii (bobinarea). Solicitarea psihică este mai mică, dat fiind automatizarea mişcărilor şi realizarea precisă a lor. Este important ca în această secţie să nu se deranjeze stereotipul dinamic stabilit prin aprovizionare inegală sau prin muncă în asalt. În acest sens, în condiţiile muncii cu caracter stereotip, găseşte diferenţe mici, de solicitare, între timpii medii de execuţie, din cursul zilei de muncă, dar diferenţe mari şi semnificative între abaterile de la standard.

Deranjarea stereotipului diminuă performanţa şi măreşte efortul.

Zgomotul este mediu şi uniform. Sala este spaţioasă, oferind un peisaj colorat plăcut prin bobinele şi firele multicolore, în mişcare şi variaţie continuă.

Munca în comun oferă posibilitatea de comunicare vizuală cu celelalte colege de la locul de muncă, a căror mişcare poate fi urmărită, reducîndu-se astfel sentimentul de izolare şi contribuind la integrarea personală în grup — ceea ce este de mare importanţă psihologică în trăirea interioară a procesului de muncă. Grupa este neomogenă ca vîrstă, acest lucru fiind în avantajul întreprinderii — persoanele vîrstnice oferind un exemplu personal şi beneficiind de experienţa bogată atît în muncă cît şi în viaţă, putînd astfel veni în ajutorul celor mai tinere — şi mai experimentate.

În condiţii de producţie obişnuite — deci maximum 8 ore de muncă — şi cu material corespunzător, acest cadru solicită psihic mediu o persoană adaptată şi bine instruită. Nevrozele care le-am întîlnit aici au fost decompensări la cauze exogene, greutăţi familiale sau structuri insuficiente, hiponoice.

2. *În secţia de tricotat munca este deosebită, de la tricotatul mecanizat, la maşinile circulare. În ambele cazuri,* de fapt, *atenţia şi concentrarea sînt solicitate în primul rînd,* sub forme deosebite însă şi în condiţii diferite.

La tricotat, programarea repetată, după fiecare rînd sau după mai multe rînduri, depinde de model, angajează mult atenţia, iar schimbarea modelului şi culorilor deranjează stereotipul obţinut prin automatizarea mişcării în procesul de adaptare. În acest sector trebuie ţinut seama de mobilitatea proceselor psihice, personale inerte adaptîndu-se mult mai greu — şi scăzînd randamentul producţiei. La circulare, procesul muncii şi al solicitării este împărţit între programarea maşinii, supraveghere, control şi reglare. Domină supravegherea, ceea ce presupune atenţie continuă şi concentrată asupra muncii, monotonia putînd dura ore întregi. Cadrul mai restrîns (prin perioadele necesare pentru oprirea scamelor) este favorabilă menţinerii atenţiei concentrate şi limitează cadrul larg, în mişcare, existent în sălile mari, în care dinamica triplă : om-maşină-mişcare încarcă atmosfera. *Ca în oricare relaţie mecanizată, şi aici, oboseala fizică este înlocuită de efortul psihic.*

Descompunerea psihică, dacă apare, în aceste secţii nu este monocauzală. Intervine structura persoanei în sensul compatibilităţii la specificul muncii, sarcina ei afectiv emoţională la intrarea în secţie, tensiunea psihică prin problemele de familie sau sociale, care prin prezenţa lor anxiogenă se sumează constrîngerii procesului tehnologic, asupra căruia se generalizează. Astfel, trăirile negative înglobează sau transpun pe prim plan maşina, prin scotomizarea celorlalte elemente psihogene. Tot această încărcare afectiv emoţională negativă sau stări fizio-patologice marginale, ca de exemplu climaxul, duc la interrelaţii disarmonice prin toleranţa scăzută şi asperităţi personale în dauna atmosferei generale şi în detrimentul întreprinderii, care devine prin substituire simbol negativ în aprecierea subiectivă a muncitorului. Studii psihosociale, sociograme — aşa cum le preconizează Moreno, — ar limpezi aceste situaţii şi ar constitui un real aport în rezolvarea unor implicate care astăzi încarcă atmosfera întreprinderii.

3. La *confecţii* — aspectul general al sălii este cît se poate de atrăgător. Elementele disparate de pînă acum prind formă, se definesc. În mod general sfîrşirea unei acţiuni oferă una dintre cele mai mari satisfacţii, acest lucru fiind înscris arhetipic în om. Acţiunile umane se desfăşoară întotdeauna în vederea unui

scop, iar atingerea lui constituie împlinirea — pe plan personal și social.

Materialele, de o frumusețe remarcabilă, variate ca aspect și culoare, se eliberează continuu, în formă finită. Ca solicitare psihică mai importantă, menționăm montarea garniturilor. La chetlat, ochiul urmărește atent și continuu mișcarea degetelor care trebuie să fie rapide și precise. Această atenție încordată obosește. Oboseala este determinată — așa cum o definește Kraepelin, chiar de dificultatea și de durata muncii, cît și de rezerva de energie psihică a subiectului.

Este necesară din cînd în cînd distragerea atenției vigile înspre altceva pentru recuperarea oboselii vizuale.

Din declarațiile cîtorva muncitoare din această secție, reiese că la aproximativ 2 ore este necesară o schimbare, cu comutare a atenției.

4. La *călcătorie*, munca pare de un prestigiu mai mic. Cadrul este mai sărac ca decor și încărcat cu aburi. Fețele sînt transpirate și atmosfera tulbure. Mediul oferă motive mai importante pentru decompensare nevrotică mai ales la persoane psihopatice.

5. La *elastic* — se repetă, în mare, aceleași faze. De menționat aici zgomotul mare care acompaniază munca generată de atenție și îndemînare, pe un cîmp destul de larg în procesul de învelire a firelor de cauciuc. Este o muncă de mare solicitare psihică, în primul rînd prin poluarea fonică.

6. *La tricotat cu mașinile Rachel*, supravegherea monotonă, fără solicitare psihică deosebită alternează cu momente de mare concentrare și îndemînare, atunci cînd scapă firele.

Monotonia, așa cum arată Wyatt, nu este oboseală propriu-zisă, dar duce la indiferență și somn. S-a remarcat o fluctuație în eficiență, reprezentată printr-o curbă neregulată (Rupp). Mayo, *ca remediu, recomandă pauze suplimentare.*

Tricotatul ciorapilor medicali este de asemenea un proces de importantă concentrare perceptivă, fiecare rînd presupunînd o schimbare în programul mașinii. *În această secție este posibil ca oboseala fizică, munca în ortostatism, solicitarea psihică, eventuala tensiune emoțională, să ducă la dezorganizarea coordonării receptor-efector cu scăderea eficienței.*

Analizarea cazurilor internate în Clinica psihiatrică, pun la îndoială o relație directă între specificul întreprinderii și decompensarea psihică. Majoritatea acestor cazuri sînt încărcate colateral, cauzalitatea putînd fi discutată în funcție de persoană, familie, condiții de viață.

Relația, în aceste cazuri, dintre personalitate și situație, în sensul concurării acestor două elemente pentru cooperare sau conflict, se deplasează în afara întreprinderii, pe un alt plan și într-un alt spațiu. Personalitatea își poate modifica episodic comportamentul în funcție de motivație, de structura ei cognitivă și de aparenta orientare valorică, aspecte prin care personalitatea se integrează sau se exclude din grup. În comprehensiunea cooperării sau generării conflictului se includ deci variabilele personale,, responsabile de modificarea situațiilor. De aceea personalitatea este aceea care include motive, ce nu se referă la „motivare, include atitudine care nu reflectă condiția particulară a unei situații specifice. În interrelația univers personal și univers social, ponderea oscilează spre un pol sau altul, potențarea comportamentului prin situații sau a situațiilor prin modelul comportamental putînd genera conflict, care cuprinde în definiția lui incompatibilitatea intereselor dintre părți.

Manifestările nevrotice cele mai des întîlnite la Fabrica de tricotaje „Someșul" sînt cele histerice, la personalități exagerate, cu toleranță scăzută și capacitate de adaptare redusă, mai ales atunci cînd se modifică stereotipul procesului tehnologic sau se accelerează ritmul și viteza producției.

Al doilea loc îl deține personalitățile psihopatice, cu tendințe cverulatorii, relaționiste, veșnic nemulțumiți și greu adaptabili.

Psihozele endogene sînt reprezentate în număr mic (3 cazuri) și declanșarea lor nu reiese a avea vreo legătură directă cu procesul specific de producție.

În general, analiza cazuisticii psihiatrice, existente în această întreprindere, nu pune în evidență o relație directă, de cauzalitate sau geneză între procesul nevrotic și cel al producției. Se poate considera că unele secții, exemplu învelit elastic, tricotarea ciorapilor medicali — așa cum au fost descrise anterior — ar fi posibil să reprezinte o verigă, în declanșarea unui proces psiho-patologic, în care persoana deține locul principal, cu particularitățile ei psihice, starea ei organică (climax nestabilizat, A.S.C. incipient, la care se adaugă condiții de conflict familial sau factori importanți de oboseală (navetism, locuință necorespunzătoare, greutăți gospodărești, schimb de noapte etc.) — așa cum reiese din cercetările efectuate de psihologii Bora și Rusu cu privire la „navetism" și la „gazdă" și din cele ale lui Rusu, Ionescu, Nadudvary și Jurcău cu referire la eficiența schimbului de noapte.

Se pare că aceste aspecte sînt responsabile și de creșterea morbidității psihiatrice, înregistrată în ultimii 5 ani, de la 3,8% în 1971 la 7,6% în 1976, mai ales că prezența celor doi psihologi, de care dispune astăzi întreprinderea, asigură un examen psihologic obligator la angajare și rezolvă cu multă competență unele incompatibilități personale cu anumite specificități de muncă.

De asemenea procesul de învățămînt, în sensul calificării și perfecționării este bine organizat în întreprindere, oferind muncitorului posibilitatea inițierii în procedee tehnice noi sau cunoașterea bună, prealabilă, a unor utilaje moderne cu care este înzestrată progresiv fabrica.

În concluzie, organizarea muncii, atmosfera Fabricii de tricotaje „Someșul", oferă posibilitatea unor condiții de igienă psihică corespunzătoare, neputîndu-se stabili o relație cauzală directă cu apariția unui proces psiho-patologic specific.

Este posibil, ca munca în secțiile cu solicitare psihică mai mare, să constituie un element declanșator precipitant sau favorizant în instalarea unei afecțiuni psihice, la care însă cauzalitatea este complexă, prin implicații personale sau socio-familiale importante.

În acest sens, mai ales că procentajul morbidității psihiatrice este în creștere, deși proporțional cu cel general pe întreprindere, se recomandă o intensificare a cercetării psihologice, în strînsă corelație cu medicul de întreprindere, cu specialistul psihiatru din policlinică sau staționar, evidența mai strînsă a cazurilor psihice în colaborare cu L.S.M., dezvoltarea în întreprindere a psihoterapiei de grup, precum și cuprinderea globală și comprehesivă a muncitorului, care, nu trebuie să uităm, nu intră în întreprindere singur, ci aduce cu sine eventual o cauzalitate subiacentă, o încărcătură afectiv-emoțională specifică personalității sale, factori indirecți ocazionali sau chiar o componentă genetică importantă.

Beginning with the year 1970 at the „Someșul" factory of Cluj-Napoca a series of investigations were started. They reffered to the different psychic affections in different areas of working, to the processes of adaptation reffering to the relation man-machine, as well as to the, psychiatric pathology of these works.

The aim was to eventually discover and analyse a special direct causal relation between a psychiatric incident and the place of working, or to comment on a psychiatric incident happened to a worker of this factory of subjective, intrapersonal reasons.

The method was to pay visits to the factory what gave the possibility of a complex observation of the

Scanned with OKEN Scanner

way in which the working process moves on. We've had conversations with the workers there and we also analysed the cases admitted to the clinique.

The results of our investigations show that the organizing and the specificity of this factory offer proper conditions of psychic hygiene. We couldn't discover any direct causal relation between the conditions of work and a psychiatric incident. The cases of psychiatric deseases that appeared have a complex causality because of personal or socio-familiar implications. The conditions of greater psychic effort didn't cause these deseases but they may possibly have accellerated the appearing of them.

STUDIU PRIVIND ORGANIZAREA ERGONOMICĂ A LOCULUI DE MUNCĂ „APRETAT"

Laura Hamciuc, A. Stan, L. Poroch, V. Vasiliu
— I.I.S. „Ţesătura" — Iaşi

Ergonomia — rezultat al dezvoltării tehnico-economice şi sociale — urmăreşte să influenţeze activ mersul ascendent al progresului social. Prin aceasta este şi trebuie considerată ca o cerinţă a progresului social.

Ergonomia se cuvine abordată întotdeauna şi oriunde se desfăşoară muncă umană, ori de cîte ori este posibilă o simplificare a muncii, o reducere sau o mai eficientă valorificare a solicitării omului în munca sa.

Considerată ca atare, ergonomia îşi găseşte locul său distinct în cadrul studiului muncii, deci în cadrul preocupărilor permanente şi corelate ale tuturor factorilor care influenţează productivitatea muncii.

Prezentul studiu se referă la cercetarea şi analiza ergonomică complexă a sistemului om—maşină—mediu la locul de muncă şi operaţia „apretat" din cadrul finisajului de ţesături — Întreprinderea „Ţesătura" Iaşi.

Înscriindu-se în ultimele faze de finisare ale ţesăturilor, operaţia de apretare constă în aplicarea pe ţesătură a unor paste (substanţe chimice) cu scopul de a conferi acesteia caracteristici bine definite ca aspect, stabilitate dimensională şi tuşeu plăcut, rezistenţă la uzură, lumină şi intemperii.

Utilajul pe care se realizează apretarea, întinderea şi uscarea ţesăturilor din bumbac este rama de apretat cu încălzire pînă la 150°C. În cazul ţesăturilor cu conţinut de poliester, se utilizează rama de termofixat cu încălzire pînă la 220°C pe care se realizează stabilitatea dimensională. Principiul de funcţionare al ramei de apretat este următorul: ţesătura transportată pe role sau bănci la zona de alimentare este introdusă în dispozitivele de conducere, trece prin baia de impregnare, printre valţurile de stoarcere şi apoi prin sistemul de celule fotoelectrice; în continuare intră în zona de uscare şi apoi este debitată prin dispozitivul de rolare sau prin dispozitivul de depunere în pliuri.

În acţiunea de investigare a situaţiilor neergonomice au fost luate în studiu elementele de bază funcţionale cuprinse în structura activităţii profesionale a executanţilor: solicitarea dinamică (evidenţiată prin bilanţul consumului energetic pe durata celor 8 ore de muncă), frecvenţa mişcărilor, solicitarea neuro-psihică (atenţie concentrată şi distributivă), monotonia muncii, acuitate vizuală — ca factori dinamici legaţi direct de metoda de muncă existentă şi influenţa ambianţei uzinale şi a microclimatului — ca elemente de maximă stabilitate legate de organizarea ergonomică a locului de muncă. Solicitarea dinamică este concretizată prin activitatea de transport. Pentru alimentarea ramei de apret cu ţesătură se folosesc următoarele mijloace de transport:

— bănci pentru ţesătură pliată cu capacitate de circa 600—1 200 kg;
— role pentru ţesătură rolată cu capacitate de cca 1 200—2 500 kg.

Ţesătura apretată se transportă cu un cărucior de capacitate a 700 kg. Această activitate de transport necesită un consum energetic foarte mare (la transportul unei bănci sau role sînt necesari 3—4 muncitori). Mijloacele actuale de transport sînt greu de manipulat.

În sistemul om—maşină—mediu, nivelul de solicitare scade sau creşte în funcţie de starea utilajului, funcţionarea deficitară a cestuia implicînd o accentuare a gradului de solicitare.

Exemplificăm afirmaţia prin situaţia creată la unul din aceste utilaje, rama Arthos: o dată cu defectarea sistemului de comandă prin celule fotoelectrice (sistem ce sesizează şi corectează biezările pe direcţia bătăturii) a crescut simţitor necesitatea de supraveghere concretă de către executant care suprasolicită capacitatea de atenţie concentrată, atenţie distributivă şi acuitate vizuală, ducînd la apariţia prematură a fenomenului de oboseală.

Referitor la condiţiile generale de muncă, s-au depistat situaţii necorespunzătoare, mai ales la elementele de ambianţă cromatică, uzinală şi microclimat.

Ambianţa psihologică sub aspect cromatic este predominată de culoarea alb murdar a pereţilor şi verdele închis a maşinilor. După părerea unor specialişti, consemnată în „Confortul în întreprinderile industriale textile", această culoare dă o senzaţie de căldură dilatînd vasele capilare. Senzaţia de căldură este deja simţită prin specificul locului de muncă.

Iluminatul local, fluorescent este incomplet; amplasate în zona de mijloc şi respectiv la debitarea mărfii apretate, tuburile fluorescente nu asigură iluminarea optimă la acest loc de muncă, fapt ce duce la apariţia oboselii nervoase, afectînd unele funcţii psihice şi vegetative, apariţia cefaleei, diminuarea acuităţii vizuale, contribuind în final la scăderea indicelui de calitate şi a randamentului în muncă.

Parametrii climatici ai aerului care ridică probleme în instalarea unui microclimat adecvat sînt: temperatura şi mobilitatea aerului

Temperatura uscată a aerului depăşeşte valorile maxime indicate în norme; astfel în perioada de vară s-au determinat temperaturi ce depăşeau 35—37°C în zona ramei Brückner

Mobilitatea aerului are valori sub 0,3 m/sec.; s-a determinat şi 0,04 m/sec. — valoare ce nu poate intra în domeniul de calcul a acestui parametru.

Aceste valori caracterizează un microclimat înăbuşitor, greu de suportat. De asemenea, confortul industrial nu poate fi realizat aici şi din alte motive.

Conform sesizărilor muncitorilor, în timpul iernii pe anumite porţiuni picură apă şi este foarte frig în sală, lucru cauzat de prezenţa şedurilor simple, neetanşe.

Un alt inconvenient în ceea ce priveşte mediul de lucru este şi faptul că la unul din utilaje (rama Brückner) se degajă o cantitate mare de fum în partea de debitare a ţesăturii (în cazul termofixării poliesterului).

Condiţiile igienico-sociale asigurate pentru personalul de deservire nu sînt optime, necesitînd o sală de

mese adecvată și o gură de apă potabilă în zona utilajului de apretat.

Avînd în vedere aspectele negative sesizate prin analiza de diagnostic s-au elaborat propuneri prin care să se respecte prnicipiile ergonomice de optimizare a sistemului om—mașină—mediu :

— intensificarea autocontrolului la operațiile premergătoare apretării cu scopul de a evita alimentarea ramelor de apretat sau termofixat cu țesătură prelucrată necorespunzător și care îngreuiază în prezent activitatea de deservire în zona de alimentare a ramei ;

— verificarea periodică și remedierea imediată a defecțiunilor constatate în funcționarea utilajului ;

— îmbrăcarea depunătorului pendular din zona de debitare, cu bandă cauciucată, în scopul, evitării ruperilor de țesătură

— dotarea atelierului apretură cu un aspirator textil tip Wieland KGD, absolut necesar la efectuarea corespunzătoare a programului de întreținere.

— pentru îmbunătățirea activității de transport și reducerea efortului fizic, propunem dotarea atelierului apretură cu două transpalete electrice pentru transportul băncilor cu țesătură și o paletă electrică cu cîrlig de tracțiune pentru transport role ;

— în vederea realizării unor condiții optime pentru analizatorul vizual este necesară amplasarea iluminatului local corespunzător în cele trei zone distincte de deservire : alimentare, mijloc, debitare, precum și curățirea periodică a ședurilor (dacă există) și a tuburilor fluorescente ;

— pentru îmbunătățirea condițiilor de microclimat, se impune reproiectarea instalației de condiționare existentă în concordanță cu valorile existente și cele impuse de normele de igienă a muncii. De asemenea, se impune :

— montarea unei hote de captare a fumului în zona de debitare.

— dublarea geamurilor de la ședuri și etanșeizarea acestora.

— în scopul îmbunătățirii condițiilor igienico-sociale, propunem :

— montarea unei guri de apă potabilă în zona din apropierea utilajului de apretat.

— amenajarea unei săli pentru servit masa.

— pentru evitarea suprasolicitărilor executanților prin atenție concentrată, atenție distributivă și acuitate vizuală, propunem luarea măsurilor pentru asigurarea funcționării corespunzătoare a sistemului cu celule fotoelectrice.

Sub aspect cromatic indicăm :

— culoarea mașinilor : albastru deschis.

— culoarea pereților : galben deschis.

Efectele economice ale măsurilor propuse au fost materializate printr-o eficiență economică și umană estimată prin :

— economie de timp de muncă = 0,5 ore/8 ore.

— spor de producție = 759 ml/8 ore.

— creșterea productivității muncii = 1,8%.

— micșorarea efortului fizic în activitatea de transport.

— crearea unui confort industrial adecvat la locul de muncă.

Elementele funcționale ale sistemului om—mașină—mediu de la locul de muncă cercetat fiind comune pentru toate locurile de muncă similare din Centrala Industriei Bumbacului, analiza ergonomică și soluțiile proiectate vor avea un caracter de generalitate, asigurînd o arie cît mai mare de aplicativitate.

ASPECTE PRIVIND CORELAȚIA DINTRE MORBIDITATEA NEVROTICĂ ȘI SUFERINȚELE COLOANEI VERTEBRALE ÎN INTERRELAȚIA ADAPTARE ȘI INTEGRARE ÎN MUNCI INDUSTRIALE

C. Chelemen, V. Petrescu
— Iași
Al. Avasilcăi
— Cîmpulung Moldovenesc

În legătură cu integrarea individului în mediul industrial, trebuie avut în vedere că organismul uman este angajat, în orice profesie, în totalitatea lui, dar că pentru fiecare profesie, după specificul acesteia, sînt solicitate preponderent anumite dispozitive funcționale cu implicații corespunzătoare în sănătatea psihosomatică :

— în multe profesii din cadrul existenței sociale, întîlnim suferințe prin suprasolicitarea sistemului nervos ;

— în multe profesii e solicitat de asemenea aparatul locomotor și în acest sens suferințele degenerative ale coloanei vertebrale au reținut atenția multor autori, prin frecvența lor, chiar și la persoane tinere, și prin incapacitatea temporară de muncă pe care o determină.

Astfel am încercat să facem unele remarci privind interrelația morbidității prin nevroze și suferințe somatice ale coloanei vertebrale.

Am luat în studiu cazuistica oferită de totalul bolnavilor internați și consultați în decursul anului 1976, din două medii profesionale cu profil diferit (cadre militare active și respectiv muncitori la Fabrica de cherestea Moldovița).

Am constatat :

— la cadrele militare, cu vîrsta cuprinsă între 25—50 ani, ce activează în condiții de muncă cu solicitări preponderent ideo-afective, am constatat prevalența morbidității nevrotice în cadrul morbidității generale (75%) și frecventa asociere cu suferințe somatice (cardio-vasculare, digestive, O.R.L., dar cel mai mult a suferințelor rahidiene de tip degenerativ discal — ce ocupă locul imediat următor în ordinea incidenței — 25%). Din totalul bolnavilor, peste 50% prezentau concomitent două sau mai multe asocieri morbide, dintre acestea cea mai mare frecvență fiind asocierea dintre nevroze și suferințe rahidiene (30% din totalul cazurilor) și anume : suferințele rahidiene cervicale și suferințele rahidiene lombare le-am întîlnit mai frecvent la persoanele obeze sau care depuneau eforturi fizice mari în serviciu. Au urmat în ordinea incidenței asocierile unui tablou clinic nevrotic cu suferințele cardio-vasculare, digestive, O.R.L., etc. — fapt semnalat și de alți autori.

— la muncitorii de la fabrica de cherestea Moldovița, din evidența consultațiilor la dispensarul întreprinderii, am întîlnit suferințe vertebrale cu predominența afectării segmentului lombar (și mai puțin a segmentului cervical) la circa 70%, mai ales la

Scanned with OKEN Scanner

muncitorii din sectorul exploatare şi depozitare a buştenilor cu solicitare de efort fizic intens; relativ frecvent am întîlnit asociat tulburări de natură nevrotică.

Asocierile tulburărilor somatice în cursul nevrozelor sînt frecvente în practica de spital şi policlinică, încît W. Mayer-Gross a afirmat: „în nevroze, manifestările somatice se observă aproape întotdeauna". Explicaţia constă în aceea că în nevroze emoţiile sînt mai intense şi procesele afective sînt extrem de puternic exprimate, încît e de aşteptat ca tocmai în nevroze, tulburările psiho-somatice de orice fel să fie mai frecvente. Astfel Juan J. Lopez Ibor în 1963 afirma: „medicina psihosomatică e o extindere a patologiei nevrozelor", iar I. Haţeganu atrage atenţia că nevroza poate fi în realitate şi faza de debut a unei boli generale, astfel că vom privi nevrozele nu numai ca o boală în sine, ci în dinamica proceselor patologice, faza de debut a unei boli generale în stare de potenţialitate pe care o anunţă.

Noi am întîlnit în mediul cu efort predominant ideo-afectiv asociate frecvent suferinţele degenerative ale coloanei vertebrale (mai frecvent a segmentului cervical) la un tablou clinic nevrotic (circa 30% din cazuri). Această incidenţă este semnificativă statistic, astfel încît decelarea unor suferinţe rahidiene cervicale de tip degenerativ poate constitui un indiciu obiectiv indirect de suferinţă neuropsihică ce poate fi ignorată de bolnavi, care adesea se decid să se prezinte medicului doar pentru acuze somatice şi nu pentru cele psihice. Determinările multiple sau generalizate de degenerescenţă discală sînt legate, patogenic, de Jocu şi Ilie de tulburări complexe metabolice care se implică şi se influenţează reciproc cu tulburări generale de origine nevrotică. Studii în acest sens au mai fost publicate: astfel s-a demonstrat că „eliberarea de catecolamine întreţine eliberarea de catecolamine care, traversînd bariera hemato-encefalică la nivel hipotalamic şi a formaţiei reticulate a trunchiului cerebral, determină „forma somatică neuromusculară a anxietăţii"; v. Euler susţine chiar posibilitatea stabilirii unei relaţii cantitative între adrenalina eliberată şi intensitatea traumei psihice. Pe de altă parte catecolaminele intervin în metabolismul intermediar determinînd dereglări ale acestuia, cu consecinţe generale negative (tip degenerativ, ateroscleroză, hipertensiune etc.).

A fost individualizat deasemenea şi „reumatismul psihogen" care a reprezentat o nevroză sistematizată a aparatului locomotor (C. G. Dimitriu) sau expresia musculo-scheletică a dereglării funcţionale S. N. C. (Bayless).

Asocierea relativ frecventă la un tablou clinic somatic, acut sau cronic (hiperalgic, cu spitalizare prelungită sau cu infirmităţi congenitale sau dobîndite) — exemplul lombosciatica vertebrală — a unor tulburări nevrotice (predominent depresive sau anxioase) îşi are explicaţia în aceea că în orice afecţiune organică nu rămîne lipsită de o simptomatologie psihică (emoţională) de însoţire, uneori aceasta înlocuind boala somatică dispărută, astfel numită „nevroză supraadăugată" (R. Brun). Acestea la rîndul lor au o influenţă nefastă asupra evoluţiei bolii organice primitive şi în acelaşi timp este capabilă să determine alte dezordini somatice (numite „complicaţii psihosomatice").

Frecvenţa suferinţelor coloanei vertebrale este apreciată diferit în diferitele statistici: în Elveţia suferinţele rahidiene reprezintă principala cauză de natură somatică a inaptitudinii pentru serviciul militar (şi la recrutare şi ulterior); Foxen a apreciat că „sindromul vertebral" (mai frecvent lombar) determină 5% din totalul zilelor de incapacitate temporară de muncă, cifră ce a fost depăşită doar de infecţiile căilor respiratorii şi bolile psihice; Berlioz arată că la fiecare al patrulea parizian şi al cincilea provincial, lombosciatica şi reumatismul vertebral lombar este prezent. În ţara noastră, Dinculescu apreciază că 50% din bolnavii consultaţi sau internaţi în servicii de reumatologie şi balneo-fizioterapie, vin pentru suferinţe vertebrale lombare (lumbago acut lombagii cronice, lombosciatică vertebrală — aceasta cu frecvenţă maximă la persoane obeze, între 30—50 de ani sau care prestează munci fizice grele).

Diverse statistici corelează intensitatea efortului fizic (element etiologic determinat în suferinţele rahidiene, şi mai ales lombare) din procesul muncii, cu incidenţa suferinţelor rahidiene (lombare): Fox, găseşte o medie de 52,2%, cu maximum de 64,4% la muncitori cu muncă fizică grea; Gartenberg dă următoarele cifre: 70% mineri; 55% muncitori agricoli; 43% muncitori din fabrici; 29% meseriaşi manuali; 23% — martori. Schlomka: 97% hamali; 76% mineri; 36% strungari. După Kellgren: 92% mineri; 58% muncitori manuali; 30% funcţionari.

Unii autori explică asocierile clinice ale osteofitozei lombare cu unele suferinţe dureroase intraabdominale prin consecinţele poziţiei vicioase antalgice a coloanei lombare persistente în timp.

Concluzii. 1. În mediul profesional cu solicitarea predominentă a S.N.C., morbiditate nevrotică este foarte frecvent întîlnită în practica medicală (75%) şi frecvent asociată cu suferinţe somatice, dintre care pe primul loc s-a situat în cazuistica studiată, „sindroamele vertebrale" cu afectarea predominantă a segmentului cervical. Incidenţa acestei asocieri (30%) este statistic semnificativă, avînd la bază un interdeterminism etiopatogenic.

2. În mediul profesional cu solicitări preponderente ale aparatului locomotor, predomină morbiditatea prin suferinţe rahidiene ale segmentului lombar care sînt cu atît mai frecvente cu cît intensitatea efortului fizic depus în procesul muncii este mai mare; suferinţele rahidiene generează apariţia de suferinţe somato-psihice ce pot avea o influenţă negativă asupra bolii somatice primare.

3. În practica medicală se întîlnesc tot mai frecvent intricări morbide psihosomatice şi somatopsihice ce sporesc dificultăţile de adaptare şi integrare în mediul profesional, impunînd măsuri profilactice şi terapeutice precoce corespunzătoare (în special, măsuri tehnico-organizatorice, raţionalizarea procesului muncii şi psihoprofilaxie primară, importanţa crescută a examenului medical la angajare pentru orientare profesională cît mai adecvată posibilităţilor de care dispune fiecare individ).

Scanned with OKEN Scanner

ANALIZA DIN PUNCT DE VEDERE PSIHO-SOCIAL ȘI ORGANIZATORIC A ACTIVITĂȚII CONTROLOARELOR DE CALITATE DE LA I.I.S. „ȚESĂTURA" IAȘI

A. Stan, V. Paraschiv, L. Poroch, Lilica Conache
— I.I.S. „Țesătura" — Iași

Tratarea temei indicate în titlu ar părea incompletă fără cîteva considerații preliminare asupra dimensiunilor muncii industriale contemporane. Creșterea continuă a nivelului producției de bunuri materiale, realizate printr-o tehnologie din ce în ce mai perfecționată și complicată, a adus modificări profunde în toate sferele vieții sociale, consecința cea mai evidentă a acestei stări de lucruri fiind creșterea nivelului calitativ al vieții prin amplificarea posibilităților de satisfacere mai umană a necesităților materiale și spirituale, aceasta avînd loc pe fondul unui progres de necontestat al științei.

Exigențele unei analize lucide a omului în situația industrială presupune evidențierea nu numai a aspectelor de ascendență a confortului rezultat, ci și a regresiunilor acestuia prin apariția unor „tare" ca: creșterea pericolului de accidente de muncă și îmbolnăviri profesionale, munca în tura de noapte, prestarea unor munci monotone care angajează unilateral potențialul individual, adaptarea dificilă la un mediu artificial etc. (această însiruire referindu-se doar la domeniul satisfacției profesionale). În condițiile în care nu se fac eforturi pentru ameliorarea deficiențelor în sistemul om—mașină—mediu apar contradicții cu repercusiuni asupra eficienței sistemului.

După expresia medicului ergonomist Louis Armand, întreprinderea este o celulă vie și, precum organismul uman, are propria sa patologie. Prevenirea situațiilor de neadaptare dintre om și mediu industrial este un deziderat la care își aduc contribuția mai multe discipline științifice, al căror efort este înmănunchiat sub numele de ergonomie. Este adevărat că vîrsta relativ tînără a acestei științe face ca rezultatele ei să fie încă modeste, dar necesitățile din ce în ce mai stringente cărora le răspunde o recomandă ca pe o disciplină de certă perspectivă.

Studiul nostru, realizat în cadrul laboratorului de ergonomie al fabricii „Țesătura" Iași, își propune analiza psihosocială a locului de muncă și operației controlului tehnic de calitate, care a constituit în repetate rînduri obiectul unor studii ergonomice.

Motivația acestei reveniri o constituie nevoia formării unei imagini coerente asupra configurației variabilelor ce concură la buna funcționalitate a locului de muncă, progresul în această direcție avînd urmări pe planul eficienței economice, dacă avem în vedere sporirea exigențelor calitative ale beneficiarilor interni și externi. Evident, studiul nostru are un caracter parțial ergonomic, el referindu-se doar la latura psiho-socială.

În scopul de a oferi soluții care să contribuie la optimizarea sistemului om—mașină—mediu, facem mai întîi analiza critică a activității din punct de vedere psihologic.

În activitatea practică de recepționare a defectelor deosebim cîteva elemente caracteristice:

1) Activitatea C.T.C. este o activitate preponderent perceptuală încît o bună parte din timp lucrătoarea este intens solicitată cu sesizarea defectelor pe fază de fabricație și pe produs. Principalele etape în procesul de recepționare a defectelor sînt:

a) colectarea probelor,
b) detecția (depistarea, sesizarea) defectelor,
c) discriminarea (detașarea) defectelor,
d) interpretarea lor (încadrarea defectelor în fișa de control).

2) Controlul calității produselor presupune și o solicitare intelectuală, lucrătoarele trebuind să prelucreze mintal informațiile (defectele) și să ia o decizie (să interpreteze defectele și să le încadreze, codificîndu-le, urmînd după caz să le înscrie în fișa de calitate). Prelucrarea informațiilor presupune înțelegerea semnificației și sensului defectelor clasificarea și ierarhizarea acestora în funcție de anumite criterii și de capacitatea de a folosi experiența anterioară.

3) Pe parcursul celor 8 ore de lucru, muncitoarea este solicitată frecvent sub aspectul reactivității motorii, de cîte ori este sesizat un defect. În cazul controlorilor interfazici și al laborantelor, activitatea presupune un grad sporit de responsabilitate, sesizarea corectă a defectelor făcînd obiectul unor reclamații adresate furnizorului.

4) Activitatea C.T.C. în cadrul rampelor de control este monotonă. Controlul se efectuează asupra țesăturii în mișcare pe suprafața unei planșete (rampe) foarte aproape de executant. Fluxul continuu al țesăturii, uniformitatea mișcării, simplitatea și repetarea operațiilor care trebuie executate într-un ritm impus, frecvența defectelor în țesături, determină acest fenomen de monotonie.

5) Activitatea presupune persistența actelor de atenție. Am constatat că în această muncă atenția reprezintă o funcție psihică dominantă. Defectele trebuiesc sesizate în timp util, pentru a se putea lua măsuri imediate de remediere. La rampele de control depistarea defectelor se face în timpul derulării țesăturii.

6) La controlul rampă și controlul sculuri se solicită un grad mare de dexteritate manuală deoarece unele defecte trebuiesc remediate (repansate) rapid și corect. Aceasta implică o anumită tehnică de execuție care are urmări directe asupra îndeplinirii sarcinilor de muncă.

7) La atelierul de ajustaj, în cadrul activității de tăiere este necesară aptitudinea de orientare spațială, aprecierea distanțelor precum și rapiditatea în luarea deciziilor cu ajutorul raționamentelor prin analogie.

8) În timpul activității de control tehnic, am constatat permanența unei oboseli a analizatorului optic și o oboseală neuropsihică. Această oboseală afectează mobilitatea generală a persoanei și restrîngerea cîmpului vizual, fapt ce contribuie la nesesizarea unor defecte cu implicații ulterioare din partea beneficiarilor.

În urma celor constatate sub aspect psihologic concludem că:

— Activitatea de control tehnic de calitate este o activitate preponderent perceptuală, median intelectuală, parțial monotonă, implică persistența actelor de atenție, voință și personalitate, cere dexteritate manuală, mobilitate generală, echilibru temperamental și emotivitate ușoară.

— Dintre cerințele reclamate de psihoprofesiogramă am examinat acuitatea vizuală cu ajutorul aparatului A.D.M., oboseala neuropsihică cu ajutorul testului creion-hîrtie Kraepelin, capacitatea funcțională a atenției cu ajutorul testului creion-hîrtie Bourdon-Amfimov, capacitatea de discriminare perceptivă prin testul creion-hîrtie „figuri identice, comutativitatea atenției și reactivitatea senzo-motorie prin testele aparative Piorkovski și Krzyzowy. Rezultatele au fost prelucrate prin raportare la etaloanele decilo-quartilice existente în cadrul laboratorului de ergonomie.

Probele psihologice au fost completate cu date obiective, ca, indicele de realizare a normei, precum și

Scanned with OKEN Scanner

cu părerile conducătorilor direcţi de la locul de muncă. Aceste completări ale rezultatelor examenelor psihologice au fost făcute cu sprijinul serviciului de Organizare a Producţiei şi a Muncii din fabrică.

Analiza solicitărilor pe care le presupune un loc de muncă nu este completată doar prin unele măsurători obiective, acestea trebuind dublate de investigarea opiniilor celor ce lucrează direct la maşină.

Iată motivul, în virtutea căruia, am procedat la chestionarea executanţilor asupra neplăcerilor resimţite la locul de muncă. Această tendinţă de a acorda executantului un rol activ în organizarea producţiei se conturează tot mai mult pe plan mondial, cele mai fructuoase cercetări psihosociologice în această direcţie aparţinînd cercetătorilor americani Elton Mayo şi Frederik Herzberg.

Enumerăm, în continuare, principalele dificultăţi acuzate de muncitoare la locul de muncă :

— căldură prea mare ;
— lipsa unui transportor ;
— zgomotul perturbator produs de maşinile din finisaj ;
— înghesuirea excesivă a mărfurilor din sector ;
— fumul produs în unele perioade de către maşinile din finisaj ;
— neuniformitatea repartizării luminii pe pînza de controlat ;
— neuniformitatea cromatică a plăcii de lemn peste care trece pînza. În cazul cînd ţesătura este rară apar dificultăţi de percepere a defectelor ;
— efectuarea de ore suplimentare ;
— indiferenţă la sugestiile făcute de ele.

În urma analizei din punct de vedere psihosocial a locului de muncă control ţesături finite am propus şi introdus următoarele măsuri pentru îmbunătăţirea situaţiei existente :

— redistribuirea a trei muncitori la alte locuri de muncă din fabrică, care presupun solicitări inferioare celor existente la actualul loc de muncă. La toate cele trei criterii în aprecierea lor, rezultatele au fost sub exigenţe ;

— organizarea ritmică a predării ţesăturilor crude şi finite pentru eliminarea oboselii prin schimburi prelungite ;

— schimbarea locului de muncă într-o încăpere unde să nu existe zgomot şi căldură ;

— înfiinţarea unui post de transportor în scopul de a scuti executantele de activitatea de transport, care nu ţine de specificul muncii lor.

The study presents the results of some psychological investigations regarding the level of aptitudes of the quality controllers working in a cotton weaving mill.

Our research is completed by the analysis of the controllers' opinions regarding the difficulties they meet in their activity, and the factors that produce a state of fatigue. We also discuss the proposals they made for a more efficient organization of their activity proposals that are meant to improve the functional character of the place of work.

OBSERVAŢII ASUPRA PREVENIRII OBOSELII ŞI FENOMENELOR DE INADAPTARE ÎN INDUSTRIA DE PRELUCRARE A LEMNULUI

Lupaşcu-Cârlescu Emilia
— *Iaşi*

Cercetarea s-a efectuat în cadrul sectorului reparatură placaj şi îmbinat furnire-estetice, a unui combinat de prelucrare a lemnului, sector în care lucrează în exclusivitate femei.

Din punct de vedere psiho-fiziologic, am analizat condiţiile desfăşurării procesului de muncă prin investigaţii ce au cuprins :

— analiza psihologică a activităţii reparatoarelor ;
— convorbiri cu lucrătoarele, maiştri, şefi secţie ;
— observaţii sistematice la locul de muncă ;
— administrarea chestionarului sociologic ;
— examinarea psihologică a lucrătoarelor din sectorul reparatură placaj şi îmbinat furnire estetice.

Observaţiile s-au făcut atît asupra amenajării locului de muncă, a poziţiei de lucru, a spaţiului de muncă, a mediului fizic şi psiho-social, pe parcursul mai multor zile şi la ambele schimburi, începînd cu ora 5 dim. şi pînă la orele 22.

Aceste investigaţii au fost necesare pentru determinarea următoarelor aspecte :

a) evaluarea concordanţei dintre exigenţele fizice, fiziologice şi psihologice ale locului de muncă cu nivelul de dezvoltare al însuşirilor generale şi speciale ale reparatoarelor ;

b) studiul oboselii.

Analizînd solicitările impuse de procesul de muncă menţionăm că acestea sînt următoarele :

— efort fizic permanent datorită muncii aproape în exclusivitate manuale ;

— muncă ortostatică cu deplasări frecvente pentru aprovizionarea locului de muncă ;

— atenţie permanentă şi stabilă pentru constatarea defectelor la foile de furnir ;

— reacţii prompte concretizate prin rapiditate şi precizie, coordonare manuală, volum larg al reactivităţii complexe pentru eliminarea defectelor constatate (scăderea concentrării atenţiei duce la omisiuni de defecte şi deci la rebuturi) ;

— solicitarea analizorului vizual, tactil, pentru a putea surprinde defectele, a distinge culorile şi nuanţele lor, a aprecia dimensiunile şi distanţele ;

— nivel ridicat de steriotipizare a muncii, cu efort intelectual minim, deoarece operatoarea fiind pregătită numai pentru executarea unor sarcini elementare de deservire tehnică, îşi consumă tot timpul operativ de producţie cu mişcări şi mînuiri simple, dar repetate.

Comparînd solicitările locului de muncă analizat, cu potenţialul funcţional al lucrătoarelor a rezultat o anumită discordanţă care se manifestă atît din punct de vedere medical, cît şi psihologic, pentru care s-au dat o serie de indicaţii de corecţie ergonomică.

Cercetînd cauzele care generează fenomenul oboselii am constatat că o parte se datoresc caracteristicilor muncii şi condiţiilor în care se desfăşoară, iar altele caracteristicilor subiecţilor exprimaţi psihologic.

Evidenţiem ca predominante următoarele cauze :

— efort fizic permanet ;
— solicitarea organului vizual ;
— solicitarea organului tactil ;
— ritm intens şi rapid de lucru ;
— lipsa unor însuşiri necesare profesiei ;
— condiţiile generale de viaţă dintre care enumerăm : surplus de preocupări şi muncă în gospodărie, transportul, organizarea defectuoasă a timpului liber, lipsa timpului minim necesar pentru odihnă, navetism, etc.

Cercetarea oboselii a fost precedată de analiza psihologică a activităţii reparatoarelor, pentru a pune în evidenţă funcţiile psihice cele mai vulnerabile la obo-

Scanned with OKEN Scanner

seală cît și utilizarea unor teste specifice de oboseală, ca : test de atenție concentrată, substituție, memorie, spirit de observație și test K.

Lotul examinat a cuprins personalul întreg al schimbului I și II (98 lucrătoare). Un număr de 10% dintre subiecți a fost testat în afară de începerea programului și la ieșirea din schimb și după 4½ ore de lucru, respectiv 6½ ore lucru.

Datele au fost prelucrate și sintetizate în tabele și grafice, reprezentînd curba muncii pentru subiecții cei mai reprezentativi.

Din numărul mare de date redăm cîteva rezultate semnificative : la începutul schimbului 76% din subiecții testați obțin rezultate slabe și mijlocii, atît din punct de vedere calitativ cît și cantitativ.

Analizînd randamentul am constatat diferențe vizibile de la o etapă la alta, datorită instalării fenomenului de oboseală, valorile prezentînd un caracter oscilant, fenomen caracteristic oboselii și scăderii atenției în condiții de concentrare.

Astfel după 4—4½ ore de lucru, randamentul scade simțitor sub aspect cantitativ cît și calitativ.

După 6—6½ ore de lucru, indicii prezintă variații care dezvăluie o stare de oboseală accentuată, pentru a reveni apoi la valori mai ridicate spre sfîrșitul lucrului.

Diferența dintre prima și ultima testare o explicăm prin antrenarea în muncă și motivația muncii care înlătură parțial starea de oboseală observată și constatată la subiecți odată cu intrarea în schimb.

Tulburările de atenție și scăderea memoriei sînt evidente începînd cu vîrsta de 32—35 ani.

Rezultatele testării noastre concordă cu caracterizările și clasificările făcute de maistra de schimb și de șefa sectorului.

În același cadru ne-a preocupat și climatul psihosocial, aplicînd un chestionar care vizează o serie de probleme, ca : vîrsta lucrătoarelor, navetismul, timpul necesar deplasării, vechimea în meserie, cursurile de calificare absolvite, factorii care pot influența oboseala, motivul schimbării locului de muncă, cauzele neîndeplinirii normelor, relațiile din colectivul de muncă.

Din prelucrarea datelor rezultă următoarele :

— vîrsta majorității subiecților este de 30—40 ani ;

— subiecții mai tineri au calificare prin școală profesională, iar cei mai în vîrstă la locul de muncă ;

— navetismul constituie o problemă atît pentru lucrătoare, cît și pentru activitatea desfășurată ;

— majoritatea lucrătoarelor reclamă o oboseală accentuată datorită în special muncii fizice și unor suferințe psiho-somatice ;

— solicitările neuro-psihice sînt detercinate de participarea analizorului motor, vizual, kinestezic, cît și atenției concentrate și a spiritului de observație, necesar operațiilor de executat ;

— un număr redus de subiecți își pun problema schimbării locului de muncă datorită dificultăților în îndeplinirea normelor ;

— o cauză a neîndeplinirii normelor constă în aprovizonarea defectuoasă a locului de muncă cu materiale. Lipsa de materii prime și materiale în cantitățile necesare și la timp, duce la o stare de tensiune psihică care accentuează fenomenul de oboseală și crează totodată insatisfacții în muncă.

În concluzie, din cercetarea efectuată privind condițiile în care se manifestă fenomenul de oboseală rezultă următoarele :

— munca executată de reparatoare este aproape în totalitate manuală ;

— lucrul în poziție ortostatică, cu manipulări multe și obositoare ;

— ritm intens și rapid de execuție, care conduce la instalarea oboselii ;

— solicitarea permanentă a organului vizual ;

— mediul fizic necorespunzător : microclimat, cromatică, iluminat, zgomot ;

— disfuncții de natură fizică și psihică datorită unei reduse preocupări pentru realizarea unei concordanțe cît mai depline între exigențele meseriei și aptitudinile existente ;

— fenomen de navetism accentuat.

Ținînd seama de cele menționate am prezentat o serie de propuneri legate de condițiile pe care trebuie să le îndeplinească o lucrătoare față de locul de muncă și meserie și ambianța fizică corespunzătoare procesului de muncă analizat :

— selecție științifică la angajarea personalului în acest sector ;

— efectuarea periodică a examenelor medicale, în special examen psihic și oftalmologic, în scopul menținerii stării de sănătate fizică și psihică a lucrătoarelor ;

— introducerea unui sistem de pauze scurte de către 5 minute (orele 8—9—12—13) într-un loc special de odihnă în care lucrătoarele să poată sta într-o poziție cît mai confortabilă pentru ca odihna să se instaleze cît mai rapid :

— atenție sporită din partea conducerii întreprinderii pentru organizarea mai judicioasă a unor acțiuni menite să contribuie la refacerea fizică și psihică a lucrătoarelor din sector ;

— stimularea morală și materială ;

— crearea unui climat socio-afectiv favorabil activității grupului.

CONTRIBUȚII ASUPRA CONCEPTULUI ECOLOGIC AL RAPORTURILOR DINTRE ORGANISM ȘI MEDIU

Elena Koch, Al. Avasilcăi
— *Cîmpulung Moldovenesc*

I. *Raportul dintre organism (individ biologic) și mediu.*

Organismul sau individul biologic este unitatea fundamentală de existență și reproducere a materiei vii.

Organismul se caracterizează prin *organizare* care include *diferențierea părților, structura și funcțiile* sistemului biologic repectiv. Considerat ca sistem biologic deschis și hipercomplex, organismul realizează cu ambianța ecologică schimb de substanță, energie și informație.

Individul biologic este sediu unor prelucrări variate de *substanță, energie, informație* conform cu organizarea lui.

Aceste prelucrări de natură *biofizică, biochimică, fiziologică, morfogenetică* se înfăptuiesc pentru realizarea funcțiilor de *autoconservare și autoreproducere.*

Sursa fundamentală de elemente pentru organism ca sistem o constituie mediul ecologic format dintr-o *diversitate de elemente anorganice și biologice.*

Fiecare individ biologic *exploatează* un anumit mediu ecologic *potrivit cu organizarea sa, cu mecanismele* prin care se realizează aportul și prelucrarea elementelor amintite mai sus.

Dar el ocupă un loc anumit în ansamblul ecologic, *o nișă ecologică*, ce se deosebește de la un tip specific de organism la altul. Raportat la mediul său ecologic,

Scanned with OKEN Scanner

organismul realizează următoarele tipuri majore de relaţii :

a). cu elemente anorganice *(cu habitatul,* ce reprezintă sistemul anorganic format din *substrat,* adică suportul material, pe care sau în care trăiesc vieţuitoarele şi *clima,* ce se caracterizează prin *temperatură, umiditate, vînt)* ;

b). cu indivizi din aceeaşi specie (relaţii intraspecifice) mai ales pentru reproducere şi circulaţia informaţiei genetice ;

c). cu indivizi din specii diferite (relaţii interspecifice) mai ales pentru relaţii trofice.

Relaţia organism-mediu ecologic este de fapt o relaţie dintre un *sistem biologic cu potenţe autoreglabile multiple* şi un *substrat de viaţă* cu un anumit grad de variabilitate în timp şi spaţiu.

Ca orice sistem autoreglabil individul biologic dă *răspunsuri adecvate* faţă de influenţele ecologice. Acestea pot avea semnificaţii biologice multiple : utile, neutile şi indiferente. În primul caz reacţia este adecvată şi adaptativă permiţînd prosperitatea biologică a organismului, păstrarea integrităţii, a stării de homeostazie. Individul — mediu formează, prin schimbul de substanţe, energie, informaţie, un sistem de rang superior, sistem ecologic studiat de autoecologie. Dar în natură exploatează acelaşi mediu mai mulţi indivizi din aceeaşi specie, astfel încît viaţa individului biologic se complică prin relaţiile ecologice la plante, sau relaţii ecologice şi etologice la animale, care toate se încadrează în relaţiile intra şi inter-specifice.

Sub aspect *evoluţionist* şi genetic, organismul nu poate exista decît în *populaţii* la nivelul cărora au loc pe lîngă procese ce concură la conservarea speciei şi fenomene de speciaţie, de evoluţie, de microevoluţie. Populaţiile se caracterzează *prin numărul* indivizilor ce le compun (efectivul populaţiei) prin *densitate,* prin raportul dintre natalitate şi mortalitate, prin raportul dintre diferitele grupe de vîrstă.

Viaţa individului biologic este concepută prin prisma *gîndirii populaţionale,* situîndu-l în carcasa relaţiilor în cadrul populaţiilor, unde au loc două fenomene contradictorii : circulaţia informaţiei genetice şi poliformismul populaţional.

II. *Raportul om-mediu. Obiectivele ocrotirii naturii.*

Organismele vii suportă nu numai influenţa factorilor mediului ambiant, ci şi ele modifică mediul, imprimîndu-i amprenta lor. Dar *influenţa omului asupra naturii nu o putem compara cu aceea a unei alte specii,* deoarece omul doreşte să supună natura intereselor sale şi încă printr-o amploare şi ritm deosebit.

Omul a intervenit în procesele ecologice în ultimul timp, fără a încerca să le înţeleagă în totalitate şi de aceea *a modificat echilibrul ecologic,* adică acel raport relativ stabil creat în decursul vremii între diferitele grupe de plante şi animale, precum şi interacţiunea acestora cu condiţiile mediului în care trăiesc.

Omul actual, care trăieşte în epoca tehnicităţii, dominată de civilizaţia maşinilor şi a roboţilor, tinde să nimicească viaţa, să distrugă armonia cadrului natural în care trebuie să trăiască, prin exploatarea neraţională a pădurilor sau ca o consecinţă a dezvoltării industriei.

Solurile se degradează prin folosirea lor neraţională ; prin aplicarea neraţională a îngrăşămintelor chimice şi a insecto-fungicidelor ce poluează solul şi apa. Planeta noastră este poluată cu reziduurile activităţii industriale revărsate în mod abuziv în atmosferă şi apă. De aceea este necesară conservarea, ocrotirea naturii.

Obiectivele ocrotirii naturii :

1. Se impune ca un obiectiv important al ocrotirii naturii, acel al *fondului abiotic al vieţii* reprezentat prin : *aer, apă, sol.*

Se constată că *atmosfera* marilor oraşe este impurificată de substanţe chimice. Tăierea pădurilor ecuatoriale diminuează producţia naturală de oxigen, iar dacă nu se vor lua măsuri de stagnare a acestei operaţiuni se va simţi în mai multe puncte de pe glob scăderea cantităţii de oxigen (în Tokio, oraşul cel mai poluat de pe glob, se foloseşte deja aer curat îmbuteliat).

Hidrosfera este încărcată în numeroase părţi ale globului cu reziduuri industriale, produşi din exploatarea zăcămintelor de petrol, etc. Astfel, în Marea Caspică se extrage acum o cantitate mai mică de peşte şi acesta cu miros de petrol.

Solul, ca urmare a defrişărilor masive, este erodat şi afectat frecvent de alunecări de terenuri.

2. *Creaţiile procesului evoluţiei* (specii rare, specii endemice, specii fosile vii, etc.) reprezintă un alt obiectiv important al conţinutului mişcării de ocrotire a Terei.

3. *Forme de organizare a materiei vii create prin fenomene de ecogeneză reprezentate prin :*

— biocenoză şi ecosisteme unice prin fizionomia şi structura lor : fineţele de la Bosanci, Lacul Sf. Ana, etc. ;

— complexe de ecosisteme unice prin fizionomia şi organizare lor : Delta Dunării, Complexul natural Lacul Roşu, etc.

— bioceneze şi ecosisteme în stadiul de climax : Codrul Slătioara, Tinovul Mare de la Poiana Stampei, etc.

4. *Rezervele energetice şi de substanţă ale planetei.*

5. *Potenţialul biologico-productiv, al ecosistemelor* acvatice şi terestre.

6. *Raportul dintre natura spontană şi spaţiul geografic umanizat.*

7. *Aspectul peisagistic-estetic,* este un obiectiv deosebit de important. În acest sens putem folosi exemplele : Cheile Bicazului, Lacul Roşu, Muntele de sare de la Slănicul Prahovei, etc.

8. *Genofondul populaţiei umane este o importantă problemă de ocrotire a naturii genetice.*

9. *Protecţia fondului moral al omului* şi al tuturor achiziţiilor civilizaţiei umane se impune în mod deosebit mai ales în ţările în care se folosesc drogurile.

Este necesară educarea oamenilor pentru înţelegerea habitatului natural de viaţă şi a frumuseţii naturii ca factor necesar existenţei lor. Ţara noastră este printre ţările favorizate, în care încă nu s-a greşit prea mult şi mai avem ce conserva. S-a elaborat în luna mai 1973 Proiectul de lege a ocrotirii mediului înconjurător, iar în fruntea acţiunii de ocrotire a naturii este însuşi secretarul general al P.C.R., tovarăşul Nicolae Ceauşescu, care la Conferinţa Naţională a P.C.R. din iulie 1972 arăta :

„Este necesar să luăm măsuri riguroase pentru combaterea noxelor industriale, preîntîmpinarea poluării apei şi a aerului, protecţia pădurilor, lacurilor, rîurilor, munţilor şi a locurilor considerate monumente ale naturii. Este o datorie de onoare a partidului, a întregului nostru popor să facă totul pentru asigurarea cadrului ambiant propice ocrotirii sănătăţii oamenilor, pentru păstrarea nealterată a frumuseţilor patriei, pentru a transmite generaţiilor viitoare toate darurile cu care natura a hărăzit România".

III. *Aspecte ale raportului organism-mediu din cadrul complexului geobiosocial Moldoviţa.*

Culuarul Moldoviţei reprezintă pentru medic sau biolog un complex geobiosocial, în care se pot realiza cercetări privind raporturile dintre organism şi mediu. Între *om* şi *mediul geobiologic* se realizează un complex natural, care poate fi denumit *complex geobiosocial.* Mediul geobiologic local, cercetat în perioada 1975—1977 cuprinde 40 ecosisteme terestre şi acvatice formate din biotopuri şi biocenoze. Din prima categorie de ecosisteme fac parte cele de pădure şi pajişti. Ecosistemele de pădure sînt reprezentate prin : molidişuri, păduri de molid-fag, făgete, păduri higrofile : sălcliişuri şi alunişuri.

Scanned with OKEN Scanner

Ecosistemele de pajiște sînt: pajiști mezofile și mezo-higrofile, pajiști higrofile.

Constatăm că diversitatea ecosistemelor depinde de factorii ecologici: lumina, temperatura, umiditatea, sărurile minerale, ce constituie mediul abiotic și mai depinde de mediul biotic reprezentat prin plante, animale și influența omului.

Valoarea factorilor ecologici direcți depinde de elementele locale din teritoriul cercetat: înclinarea reliefului, altitudinea, expoziția, pînza freatică, roca, etc. Astfel, pe versanții cu expoziție estică, cu înclinare de 22°, din Obcina Feredeului și Obcina Mare, pe soluri podzolice întîlnim ecosisteme de pădure. La baza munților se găsește pajiștea iar în locurile unde pînza freatică este la suprafață s-au format mlaștinile. La marginea pădurilor constatăm că speciile de plante ierboase sînt asemănătoare cu cele din pajiști. Unele specii trăiesc pe un areal restrîns în cadrul biocenozei: numai acolo unde se găesc condiții favorabile supraviețuirii și reproducerii. De exemplu: *Agrimonia pilosa Ldb.* în pădurea de pe dealul Zdrob, la margine, iar *Cardaminopsis halleri (L.) Hay.* în moidișul de pe culmea Ciocan, în condiții de umiditate și pe un substrat de cetină putredă. Rezultă deci că limitele arealului speciei sînt stabilite de factorii ecologici.

Omul influențează viața ecosistemelor prin acțiuni directe și indirecte. Cunoscîndu-le, el le poate valorifica suficient (cum ar fi de exemplu plantele producătoare de lemn, plantele medicinale, aromatice, melifere, furajere, ornamentale) sau combate comportamentele dăunătoare (buruieni, plante toxice, plante parazite precum: *Cuscuta-Cuscuta, Trifolii Bab.*, muma pădurii — *Lathraea squamaria L.*, sau semiparazise ca: *Alectorolophus (Rhinanthus) rumelicus Vel., Euphrasia rostkoviana Hayne, Melampyrum bihariense Kern)* de asemeni se pot conserva speciile și asociațiile ce prezintă importanță științifică (plante și animale rare, monumente ale naturii).

Legat de ultima idee subliniată, observăm în zona cercetată pe lîngă aspecte pozitive și unele negative, ce duc la denaturarea ecosistemelor, a comportamentelor acestora:

— un exemplu din zona locală ni-l oferă experiența negativă datorită tăierilor „rase" de pe Muntele Tomnatic, în urma cărora a urmat o puternică eroziune a solului și timp de peste 10 ani nu s-a instalat nici măcar vegetația ierboasă pe acest munte.

— a scăzut mult cantitatea de păstrăvi din regiune față de acum 20 de ani din cauza poluării apei cu reziduri de motorină și uleiuri în urma mecanizării exploatării pădurilor.

— s-au rărit exemplarele de arnică — *Arnica montana L.* din cauza lipsei de conduită ecologică corespunzătoare a unor cetățeni, care recoltează vara din pajiști și pădure o cantitate mult prea mare din această plantă medicinală.

— în ultimii 5—6 ani a scăzut numărul indivizilor din populațiile de afin — *Vaccinium myrtillus L.*, iar cei care au rămas au un fenotip pipernicit și fructifică slab din cauza recoltării fructelor de către unii cetățeni cu un pieptăn mare, metalic, care lezează, rupe, distruge tulpinile subarbuștilor. Așa ne explicăm faptul că în ultimii ani, valoroasele fructe alimentare și medicinale (afinile) se găsesc așa de greu în această zonă. Considerăm necesară măsura de a se lăsa să se regenereze aceste plante, pentru a se evita fenomene nedorite.

IV. *Concluzii.*

Omul a modificat biosfera în așa fel, încît a distrus armonia cadrului în care trebuia să trăiască.

Atmosfera fizică și morală a biotopurilor moderne este în așa manieră transformată, încît se află în contradicție flagrantă cu cerințele materiale și spirituale ale speciei umane. Dezacordul dintre om și mediul său este reprezentat și de numărul crescînd al bolilor mintale, ale nevrozelor, care sînt „bolile civilizației".

Astăzi, preocuparea pentru protecția mediului aparține tuturor cetățenilor lumii; aceasta a devenit o *datorie planetară*. Personalități din conducerea statelor lumii militează pentru ocrotirea naturii. Încă din 1962, *Bernhard*, președinte al Fundației mondiale pentru ocrotirea naturii sălbatice, arăta printre altele: *„În cursul veacurilor am transformat pămînturile fertile în deșerturi, am dezgolit dealurile incendiind pădurile ce ne ocrotesc, permițînd astfel furtunilor să transporte spre ocean micul înveliș de pămînt roditor... Într-un viitor apropiat, poluarea aerului, a apei și a solului vor constitui o primejdie mai mare decît posibilitățile unui conflict militar mondial... Dar dacă nu ne vom uni printr-un efort real ca toate aceste atacuri împotriva naturii să înceteze pretutindeni, ne vom găsi într-o zi nu prea îndepărtată în fața unei lumi pustii de plastic și beton armat... această lume va fi lipsită de natură, în ea nu vor supraviețui decît omul și cîteva animale domestice".*

PROCESUL DE MUNCĂ ȘI SISTEMUL ERGONOMIC

L. Poroch, V. Paraschiv, Mariana Paraschiv, M. Șelaru, N. Cosmovici

Nu putem evita cîteva considerații generale asupra muncii, asupra semnificației muncii în viața speciei umane.

Afirmația că „munca l-a format pe om" a devenit o axiomă a oricărei antropologii orientată realist.

În demersul teoretic de semnificare a muncii nu ne putem rezuma numai la atît; omul, format în procesul muncii, instituie acest proces în ansamblul naturii ca un proces de transformare a mediului natural, de creativitate în mediul natural.

Generarea omului în procesul muncii o putem numi coordonata generică în semnificarea teoretică a muncii, iar instituirea muncii ca acțiune de transformare, creativitate în mediul natural, o vom numi coordonata praxiologică în semnificarea teoretică a muncii.

Nu facem nici o aluzie la coordonatele carteziene, deși ar putea fi folosite istoriologic în relaționarea „generic—praxiologic".

Relația „generic-praxiologic" este biunivocă și are loc atît ontogenetic cît și filogenetic. Într-o teorie de ansamblu a muncii, aceste două aspecte esențiale nu pot fi despărțite. Și tendințele antropologice contemporane nu consideră munca numai în aspectul ei de antropogeneză.

Teoria civilizațiilor este poate orientarea cea mai vastă în abordarea problematicii complexe a muncii. Ceea ce domină în epoca contemporană sfera conceptului multidimensional al muncii este nota de creativitate, cu implicațiile ei de instituționalizare, de socializare, care constituie caracteristicele esențiale ale praxiologiei muncii.

Praxiologia muncii nu este decît o instituire teoretică amplă ca o consecință a instituirii muncii în orizontul general al acțiunii umane.

Nu vom încerca o prezentare detaliată a coordonatelor teoretice ale praxiologiei muncii, construcția

Scanned with OKEN Scanner

teoretică completă, acest fapt nu ni l-am propus în această comunicare ; consideraţiile teoretice succinte de pînă acum nu au alt scop decît să faciliteze intuirea cadrului general în care se situează un proces concret de muncă.

Deci din contextul conceptual complex al praxiologiei muncii vom urmări exhaustiv numai procesul de difersificare, de particularizare a muncii şi aceasta nu ca o caracteristică generală a muncii, ci în totalitatea consecinţelor pe care le implică. Procesul general al muncii se diversifică, prin diversificare se particularizează, se concretizează într-un cadru care poate fi determinat în toate laturile sale, procesul muncii devine un proces concret de muncă. Prin concreteţea sa, procesul de muncă se instituie unitar ca unitate distinctă în praxiologia muncii, solicitînd o construcţie teoretică unitară.

De la praxiologia generală a muncii la construcţia teoretică a unui proces concret de muncă, nu trecem printr-o deducţie logică de la general la particular, în mod real operăm o continuitate în construcţia teoretică a fenomenului.

Numai la nivelul semnificării unilateral-absolutizante sau intenţionale ne pot apare acalări cu implicaţii deductive.

Procesul concret de muncă se constituie deci în cadrul general al praxiologiei muncii printr-o transformare operaţional-teoretică pe care o implică diversificarea şi particularizarea muncii.

Pentru o mai mare claritate, nu particularizăm procesul de muncă prin deducţia caracteristicilor generale ale paraxiologiei muncii, ci construim teoretic procesul de particularizare, procesul concret de muncă în însăşi coordonatele lui de concretizare.

În acest mod lărgim sfera conceptului de praxiologie a muncii. Numai în acest mod se poate evita dihotomia :

semnificare teoretică — construcţie teoretică.

În construcţia teoretică a procesului concret de muncă nu este urmărită în sine clasificarea sistematică a diversificării muncii, tendinţa de diversificare ; ceea ce urmăreşte să evidenţieze construcţia teoretică este structurarea diversificării în procesul de particularizare concretă, construirea sistematică unitară a acestui proces ca, proces de muncă.

Desigur, procesele concrete de muncă se constituie în evoluţia istorică a procesului muncii, cu un scop, conturat cel mai clar, în aspectele sale de utilitate biologică şi socială. Însă această unitate complexă, fără de care inaugurarea procesului muncii este de neconceput, nu exprimă întreaga gamă de implicaţii a acestui proces, absolutizarea acestui factor poate duce la semnificarea unilaterală a muncii.

Construcţia teoretică a procesului muncii, a unui proces concret de muncă, nu înseamnă altceva decît sistematizarea totalităţii acestor implicaţii. Problema, însă se pune, cum efectuăm această sistematizare ? Nici într-un caz nu o putem reduce la o identificare sau ierarhizare a implicaţiilor. Procesul de muncă este format din elemente multiple care se constituie într-o reţea complexă de relaţii : elemente profesionale, tehnice, tehnologice, materiale, produse finite.

Orientarea teoretică fundamentală, am putea spune axioma de sistematizare, nu poate fi alta decît implicarea coordonatei generice a muncii în coordonata praxiologică, adică coordonarea generic-praxiologic în transformarea teoretică a factorilor de antropogeneză prin muncă, în factori praxiologici ai muncii. Mai precis, sistematizarea tuturor factorilor procesului de muncă va fi dominată de semnificaţia generică a muncii.

Practic, funcţiile generice ale elementelor procesului muncii devin funcţii organizaţionale ale procesului concret de muncă ; funcţiile organizaţionale ale elementelor procesului de muncă sînt o metaforă a funcţiilor generice ale procesului muncii. Funcţia generică a procesului muncii se transformă în funcţie organizaţională a procesului muncii.

Conceptul de organizare, practica organizării, ştiinţa organizării, în accepţia lor contemporană, au apărut, în contextul complicării proceselor concrete de muncă, ca răspunsuri mai mult sau mai puţin unilaterale la problematica pe care am pus-o în discuţie.

Ca să nu ne îndepărtăm de uzanţa limbajului în practica teoretică din aceeaşi zonă de cercetare, folosim noţiunea de „funcţie organizaţională“ ca unitate de totalizare unitară a unui proces concret de muncă.

În acest sens, în sistematizarea procesului de muncă, toate elementele procesului de muncă respectiv, devin funcţii organizaţionale, iar procesul de sistematizare se încheie într-un sistem funcţional organizaţional. Deci în procesele de muncă concrete, inaugurate într-o necesitate productivă, inaugurăm o analitică şi o sintetică funcţională organizaţională în scopul determinării complexe, unitare, a tuturor fenomenelor din procesele de muncă respective.

Elementele analitice, deşi nu, încă în contextul funcţional pe care încercăm să-l construim, au început să se contureze treptat în deceniile secolului nostru prin analitica operaţiunilor de muncă concrete (M.T.M. şi alte metodologii ale studiului muncii), prin analize psihologice, analize fiziologice şi medicale, analize sociologice, analize ale mediului fizic de ambianţă uzinală etc. Procesul de muncă concret apare astfel fragmentat în secţiuni analitice, cu încercări palide de sinteze parţiale efectuate de disciplinele care desfăşoară analiza ; ceea ce provoacă o derută teoretică la acest nivel parţial sintetic rezidă atît în izolarea analitică disciplinară prin întreruperea funcţionalităţii organizaţionale a factorilor analizaţi în cadrul complexului organizaţional al locului de muncă, cît şi prin transferul unilateral al sintezelor parţiale în aspectele generale de praxiologie a muncii şi de muncă generică :

— studiul muncii efectuează măsurări ale operaţiilor de muncă şi altor activităţi adiacente, operînd aşa-zisele organizări ale procesului de muncă, fără să urmărească continuitatea funcţională completă a factorilor analizaţi ;

— psihologia muncii se blochează de multe ori în profesiograme limitative, cu un pronunţat caracter static, diminuîndu-şi posibilitatea unor corelaţii funcţionale între dinamica aptitudinală concretă şi elemente de realizare a personalităţii, obligîndu-se aprioric să vehiculeze la general conceptele de satisfacţie, motivaţie, eficienţă umană, etc. sociologia muncii se hazardează la mulţimi impresionante de factori în care încearcă relaţii sintetice pe care nu le poate aproape niciodată acoperi analitic ;

— psiho-sociologia organizării propune tipologii de conducători şi metode de conducere deduse din tipologii temperamentale sau caracteriale etc., fără să se preocupe de tipologii ale proceselor de muncă şi de determinarea funcţională a proceselor de conducere într-un proces de muncă etc. Întrerupem aici să caracterizăm unele aspecte negative ale procesului de integrare a diferitelor discipline în cercetarea unui proces de muncă.

Am făcut aceste consideraţii numai sub aspectul metodic, teoretic.

În acest context multidisciplinar al abordării fenomenelor legate de muncă, îşi face apariţia, mai mult ca o rezultantă a civilizaţiei, decît ca o preocupare teoretică şi practică susţinută, orientarea concretă a ergonomiei. Activitatea de ergonomie, apărută cu totul empiric, a început să dezvăluie treptat sensul şi lumea funcţională a procesului de muncă, a procesului concret de muncă. Metodologia ergonomică înscrie pe o traiectorie realistă majoritatea disciplinelor care se preocupă, încă destul de recent, de cercetarea muncii.

Scanned with OKEN Scanner

Actul ergonomic este începutul meditației concrete asupra muncii, este deschiderea unui orizont microcosmic al muncii, este conturarea unei unități vii cu care putem măsura întreaga dimensiune a actului pe care și l-a asumat omul : procesul concret de muncă. Numai într-un context multidisciplinar și într-o orientare concretă, măsurabilă și verificabilă, putem transforma orice element al procesului concret de muncă într-o funcție organizațională exhaustivă. Problema se pune, cum putem determina funcțiile organizaționale ale fiecărui element al unui proces de muncă și cum determinăm unitatea organizațională completă a procesului respectiv ? Funcția organizațională devine funcție ergonomică, deși vom continua să folosim noțiunea de funcție organizațională. Disciplinele care operează cu metodele lor în acest șantier al procesului de muncă, vin mai mult cu latura lor experimentală și chiar la nivelul bazei lor teoretice nu pot construi o teorie generală a procesului de muncă ; fiecare disciplină științifică își crează o limită prin însăși specializarea sa.

În orientările epistemologice contemporane s-a impus, cu o autoritate științifică din ce în ce mai consolidată, așa numita metodă „sistemică" de abordare a fenomenelor complexe. Este în curs de elaborare o teorie generală a sistemelor. S-au conturat, în afara construcțiilor sistemice din științele naturii, aspectele esențiale ale sistemului social, cibernetic, sistemul logic din semiotică.

Nu este locul să tratăm amănunțit aceste sisteme și nici chiar teoria generală a sistemelor ; de fapt problematica fundamentală este cunoscută.

Intenția noastră o reducem la tatonarea teoretică a posibilităților modelării procesului concret de muncă, la construcția sistemică a acestui proces, deci la construcția sistemului ergonomic al procesului de muncă.

În linii mari am pregătit terenul teoretic general în considerațiile de pînă acum și nu ne rămîne decît să le unificăm sistematic la diferite nivele.

Necesitatea construcției sistemului ergonomic este cerută atît de praxiologia generală a muncii, cît și de semnificația generică a muncii.

Sistemul ergonomic va reprezenta, în primul rînd, o țesătură de relații a funcțiilor organizaționale ale elementelor procesului concret de muncă în deschiderea urzelilor sistemelor praxiologiei generale a muncii și a semnificației generice a muncii. În acest mod determinăm praxiologic și generic funcțiile organizaționale ale elementelor procesului de muncă, determinăm dimensiunea lor praxiologică și generică, determinăm încărcătura maximă a unei funcții organizaționale.

La acest nivel, determinarea funcțiilor organizaționale se va coordona cu elementele de bază ale continuității dezvoltării speciei umane, cu direcțiile generale ale creativității tehnice și productive, cu posibilitatea cuprinderii personalității, într-o etapă dată, în cerințele funcționale ale procesului de muncă etc.

Prin această dimensiune a funcțiilor organizaționale a elementelor procesului de muncă se punctează un prim orizont comun care va orienta analitica multidisciplinară.

Sistemul ergonomic este un sistem de acțiune, este un sistem de funcționalizare organizațională a elementelor structurale ale procesului de muncă, este modelarea generalizată a funcționalizării organizaționale.

Funcționalitatea organizațională a elementelor concrete ale unui proces de muncă, își primește prin dimensiunile, praxiologic și generic, numai direcția explorării funcționale în structura elementelor procesului de muncă.

Științele particulare, care sînt antrenate în cercetarea și determinarea funcțiilor organizaționale, se găsesc într-o dublă dificultate : de identificare a funcției (prin metodele de care dispun) și de corelarea funcțională.

De fapt orientarea care călăuzește cercetările multidisciplinare în procesul concret de muncă, cercetările de identificare și determinare a funcțiilor organizaționale, nu este dată de modalitățile, metodele și sfera de cuprindere a fenomenelor de către științele respective, ci, în afara dimensiunilor praxiologice generale și generice, de așa-numiții indicatori sintetici ai paraxiologiei muncii : productivitatea muncii, norma de producție și zona de lucru, calitatea produselor, norma de exploatare a utilajelor etc.

Acești indicatori sintetici sînt totuși elemente după care se organizează empiric procesele concrete de muncă, sînt factori sintetici care forțează distribuția funcțională organizațională dincolo de limitele ei analitice.

Sistemul ergonomic nu este altceva decît cerința acoperirii analitice concrete în procesele concrete de muncă a indicatorilor sintetici ai praxiologiei muncii.

Sistemul ergonomic se reduce în final la coordonarea completă a cercetării și introducerii într-un proces concret de muncă a funcțiilor și a relațiilor funcționale organizaționale.

Deviza programatică a sistemului ergonomic nu poate fi alta decît aceasta : în continuitatea praxiologiei muncii inaugurăm un proces de muncă, nu un proces de producție. Teoria generală a ergonomiei nu poate fi confundată cu caracterizarea coordonatelor sistemului ergonomic ; din contra, o teorie generală a ergonomiei nu se poate constitui decît printr-o reformare completă a întregii problematici a muncii.

Formularea practică a întregului complex de relații a funcțiilor organizaționale din cadrul unui proces concret de muncă, a apariției indicatorilor sintetici în însuși procesul concret de muncă, nu poate fi redată decît într-o scalare matricială pe nivele organizaționale, ca rezultat direct al unei cercetări dirijate ergonomic.

MANIFESTĂRI NEVROTIFORME ÎN CERVICARTROZA

Mihai Șelaru

— Spitalul clinic de psihiatrie „Socola" — Iași

Interesul pentru patologia coloanei cervicale și a implicațiilor sale în sensul manifestărilor neuro-psihice a crescut în ultimele decenii. V. Neri i-a descris simptomatologia neurologică în 1919, iar în 1924 a descris sindromul simpatic cervical superior, iar în 1928 F. Liéou insistă asupra simptomatologiei clinice reprezentată de cefalee, vertije, tulburări vizuale și auditive. Sindromul Barré—Liéou (sindromul cervical superior) determinat de iritația plexurilor simpatice care enervează artera vertebrală constă din dureri cu caracter nevralgic în regiunea cervicală, care pot să iradieze în regiunea occipitală, frontală, sau spre torace. Alături de simptomatologia de tip nevralgic, se poate să apară manifestări de tip vestibular exprimate prin ameteli, vertije, ca și pierderi temporare de cunoștință. J. Chavany descrie o simptomatologie de tipul sindromului Barré — Liéou după stressuri emoționale. M. Bäratschi — Roschaix (1924) scriu o monografie intitulată „Migrena cervicală" în care

Scanned with OKEN Scanner

simptomatologia este asemănătoare sindromului simpatic cervical superior.

Sindromul cerebral determinat de patologia coloanei cervicale poate simula coînteresări patologice de arahnoidită de fosă posterioară, sindroame de ganglion stelat, boli ale orbitei, crize de pierdere a cunoştinţei, ca şi fenomene circulatorii cerebrale şi îndeosebi insuficienţe vertebro-bazilare tranzitorii, sindroame medulare superioare de tipul mielopatiei spinale, crize vegetative migrenoase cu caracter diencefalic etc.

Cazuistica noastră se raportează la un număr de 52 de bolnavi (46 femei şi 6 bărbaţi), dintre care 7 bolnavi în vîrstă de 36—40 ani, 19 bolnavi : 41—45 ani ; 15 bolnavi : 46—50 ani ; 10 bolnavi între 51—55 ani şi 4 bolnavi în vîrstă de 56—60 ani, internaţi în clinica de psihiatrie cu diagnosticul de „sindrom nevrotic".

Raportîndu-ne la simptomatologia subiectivă, am constatat că cefaleea a constituit suferinţa cea mai frecventă acuzată de bolnavi în proporţie de 96,15%. În ce priveşte caracterul clinic al cefaleei, aceasta apare continuu în 12,6% din cazuri şi are caracter paroxistic la 1,8% din cazuri. Cel mai frecvent cefaleea are caracter continuu cu exacerbări paroxistice migrenoide în 85,6% din cazuri. De obicei, cefaleea are o localizare unilaterală predominantă, debutează în regiunea occipitală şi se răspîndeşte apoi în restul regiunilor masivului cranian. Rar, durerea poate rămîne localizată în regiunea occipitală sau să difuzeze la nivelul globului ocular sau a organului auditiv. Cefaleea este meteorosensibilă cu exacerbări îndeosebi nocturne sau matinale, sau după eforturi fizice sau intelectuale. Uneori, cefaleea are caracter pulsatil, însoţită de dureri retroorbitare sau de senzaţii vertiginoase şi de dureri în regiunea coloanei cervicale. În 3,2% din cazuri cefaleea s-a însoţit de senzaţii dureroase de tip nevralgic în regiunea facială cu parestezii. În două cazuri simptomatologia avea caracter de nevralgie trigeminală. În marea majoritate a cazurilor, bolnavii acuzau senzaţie de amorţire a pielii capului, hipoestezie sau, dimpotrivă, hiperestezii sub forma unor senzaţii de arsură. Originea cervicartrozică a cefaleei este evocată în mod frecvent de accentuarea senzaţiilor dureroase la mişcările rapide de lateralitate ale capului.

Senzaţiile vertiginoase, de ameţeală, cu scăderea acuităţii auditive şi acufene, le-am întîlnit în 56,2% dintre bolnavi. De asemenea, am remarcat scăderea pragului excitabilităţii acustice în 16,1% din cazuri, cu acuze de disconfort psihic la zgomotele sau discuţiile cu caracter mai strident.

Sindromul principal al lui F. Unterharnscheidt, descris în 1956, l-am întîlnit în antecedentele a 9 bolnavi, ceea ce reprezintă 17,5% din total, dintre care în două cazuri însoţite de senzaţie de vomă şi care s-ar putea explica prin insuficienţa vertebro-bazilară tranzitorie determinată reflex prin perturbări vegetative. În 8 cazuri pierderea de cunoştinţă s-a însoţit de amnezie, de senzaţie de oboseală, somnolenţă, greutate în membrele inferioare, labilitate vegetativ-emoţională, scăderea tonusului postural, fără modificări de tip epileptic, ale electroencefalogramei. Prin caracterul său simptomatologic, sindromul sincopal din cervicartroză aminteşte mai curînd de tulburările hipotalamice determinate prin cointeresarea formaţiunii reticulate a trunchiului cerebral. Alături de aceste simptome am constatat tahicardii paroxistice la 3 bolnavi, crize de hipertensiune arterială la 2 bolnavi, „nevroză cardiacă" la 4 bolnavi, dureri precordiale la 10 bolnavi. Simptomatologia cardio-vasculară am întîlnit-o într-o proporţie de 36,7% din cazuri. Tulburările endocrine au fost prezente în 50% din cazuri, dintre care 25% spasmofilie, hipertiroidie 7,6%, obezitate 7,6% şi tulburările de climacterium 16,5%. De remarcat că în tulburările de climacterium am întîlnit demineralizarea corpurilor vertebrale cervicale în 4 cazuri, toate însoţite de sindromul sincopal vertebral cervical. Senzaţiile de dispnee cu dificultăţi îndeosebi de inspir au fost remarcate în 11,5% din cazuri.

Alături de simptomatologia de mai sus, s-au constatat tulburările de somn în 98,6%, cu somn neodihnitor şi vise terifiante în 46,12%. Labilitatea emoţională am întîlnit-o la toţi bolnavii, dintre care manifestările de tipul iritabilităţii explozive cu caracter pasager au fost înregistrate în proporţie de 52,6%, iar stările de decompensare anxios-depresivă în 71,17% din total. Elementele obsesivo-fobice, îndeosebi cu coloratură tanato-fobică au fost prezente în 7,6% din cazuri, frica de întuneric în 5,6%, iar agorafobia într-un singur caz. Tulburările memoriei de fixare a datelor recente au fost înregistrate în 51,0% dintre bolnavi.

Menţionăm că simptomatologia descrisă de noi nu poate fi atribuită în exclusivitate modificărilor cervicartrozice dacă avem în vedere existenţa concomitentă şi a altor suferinţe viscero-humorale pe care le-am întîlnit. Astfel, bolile aparatului respirator au fost în proporţie de 11,5%, bolile cardio-vasculare 11,5%, boli endocrine 50%, ginecopatii 21,15%, hepatită epidemică şi tifos exantematic în 6% din totalul cazurilor.

La cel de mai sus adăugăm faptul că datele din literatură în peste 85% dintre cazurile de cervicartroză verificate roentgenografic nu s-a constatat prezenţa semnelor clinice neuro-psihice. Această împrejurare permite formularea ipotezei asupra existenţei unei predispoziţii sau fragilizări a reactivităţii cerebrale prin factori endo-exogeni, care să favorizeze apariţia manifestărilor patologice şi în care tulburările degenerative cervicale să reprezinte uneori doar un factor precipitant. Prezenţa unei suferinţe degenerative a coloanei cervicale poate fi luată în considerare pe baza explorări în dinamică a bolnavului în ansamblul implicaţiilor sale biologice, psihologice şi sociale şi în raport de rezultatele terapeutice poate fi afirmată implicaţia etiologică predominant cervicartrozică.

În altă ordine de idei, datele noastre pledează în sensul elaborării atente a diagnosticului de nevroză ca şi asupra dificultăţilor medicale care apar în formularea acestuia, cu atît mai mult dacă avem în vedere că pe fondul unor suferinţe viscero-humorale orice stare psiho-traumatizantă sau de stress emoţional poate declanşa prin mecanisme neuro-endocrino-humorale şi în raport de starea iniţială a activităţii nervoase superioare, psihosindroame nevrotiforme în context somatogen.

Scanned with OKEN Scanner

STUDIUL UNOR FACTORI IMPLICAȚI ÎN ADAPTAREA FEMEII LA MUNCA ÎN INDUSTRIA DE CONFECȚII

Rodica Mateescu, Ruxandra Brănescu, Despina Marinescu, Ruxandra Brabeţeanu
— București

Scopul lucrării de față este studierea unor factori care interferă în procesul de adaptare și integrare a femeii în producție, (industria de confecții) care cuprinde o mare parte a forței de muncă feminine. Studiul va căuta să evidențieze unele probleme legate de adaptabilitatea femeii la acțiunea unor stressori de intensitate redusă, dar ale căror efecte se pot cumula în timp influențînd starea de sănătate.

Cercetarea a fost efectuată pe un lot de 300 cusătorese de la F.C.T.B.

Metodologia folosită a cuprins :

— analiza ergonomică a muncii în vederea evidențierii factorilor și tipurilor de solicitare specifici locului de muncă ;

— o fișă chestionar de investigare a adaptabilității și a simptomatologiei de oboseală ;

— o fișă chestionar pentru investigarea aspectelor socio-familiale ;

— urmărirea stereotipului de muncă prin cronometrarea timpilor necesari pentru efectuarea operațiilor, pe parcursul zilei de muncă, paralel cu înregistrarea frecvenței cardiace ;

— date de morbiditate extrase din evidențele serviciului medical de întreprindere ;

— urmărirea realizării normei, individual. pe timp de 6 luni ;

— caracterizarea muncitoarelor din punct de vedere al comportamentului la locul de muncă.

Munca se caracterizează printr-o solicitare de ordin neuropsihic. Operațiile de muncă au un caracter repetitiv și parcelar ceea ce reduce variabilitatea informațională traducîndu-se pe plan subiectiv prin senzația de monotonie, saturație, și plictiseală. S-au evidențiat o serie de solicitări ce decurg din deficiențe organizatorice, tehnice, relaționale și din deficiențe ale ambianței fizice.

Adaptabilitatea la locul de muncă este obiectivată prin manifestări comportamentale în ceea ce privește relațiile de muncă și rezultatele muncii. Pentru aprecierea adaptabilității muncitoarelor am folosit drept criteriu realizarea normei și caracterizarea comportamentului muncitoarelor la locul de muncă pe baza unei liste ce cuprinde 10 itemuri ce se referă la : simț de răspundere, dorință de colaborare, participare la ore suplimentare etc. Aprecierile pentru fiecare item au fost pozitive sau negative. Muncitoarele care au avut majoritatea itemurilor cu apreciere pozitivă și care își îndeplineau și depășeau în mod constant norma, au fost considerate ca bine adaptate. Muncitoarele cu majoritatea aprecierilor negative și care nu reușeau în mod constant să realizeze norma au fost considerate ca fiind maladaptate. Pe baza acestor criterii totalul de muncitoare au fost împărțit în două loturi : un lot de muncitoare adaptate (53%) și un lot de muncitoare maladaptate (47%).

În urma analizei informațiilor provenite din investigațiile efectuate pe baza metodologiei prezentate a reieșit că : 39% dintre muncitoare prezentau un singur factor dominant de maladaptare iar 8% prezentau 2 factori dominanți de maladaptare *(fig. 1)*. Astfel :

— 25% dintre muncitoare au ca factor dominant de maladaptare, cel legat de motivații, aspirații și interese ;

— 9% au ca factor dominant de maladaptare cel legat de probleme de sănătate ;

— 5% au ca factor dominant de maladaptare cel legat de probleme socio-familiale ;

— 8% dintre muncitoare prezintă 2 factori dominanți de maladaptare, legați de probleme de sănătate și socio-familiale.

Lotul de muncitoare a căror maladaptare este legată de motivații, aspirații și interese, este alcătuit din muncitoare tinere de pînă la 20 ani, cu o vechime în întreprindere de numai cîteva luni. Ele provin în majoritate din mediul rural, sînt neobișnuite cu exigențele impuse de muncă și disciplina de muncă și nu au încă aptitudini speciale pentru acest gen de activitate. Cercetarea noastră a pus în evidență ca primă sursă de insatisfacție cea legată de caracterul muncii și necunoașterea anticipată a exigențelor muncii. O altă sursă de insatisfacție provine din deficiențe de ordin organizatoric și relațional (distribuirea preferențială și disritmică a materialelor, schimbări frecvente de la o operație la alta etc.).

La restul de muncitoare maladaptarea este legată pe de o parte de un complex de factori profesionali și extraprofesionali care prin interferență și însumare au devenit stressanți și pe de altă parte de solicitarea timp îndelungat a unui proces adaptativ inadecvat.

Începutul manifestării fenomenului de maladaptare este progresiv și insidios, marcat inițial de o serie de simptome de oboseală iar ulterior de apariția tulburărilor somatice. Comportarea simptomatologiei de oboseală în timpul muncii și a simptomatologiei de oboseală cronică cu caracter nevrotiform a relevat diferențe statistic semnificative între lotul de muncitoare adaptate și maladaptate *(fig. 2)*.

Analiza datelor de morbiditate a muncitoarelor maladaptate efectuată comparativ cu lotul de muncitoare adaptate relevă ponderea mare a afecțiunilor digestive, a psihonevrozelor, afecțiunilor genitale, la lotul de maladaptare. *(fig. 3)*.

Este bine cunoscut faptul că femeia îndeplinește o dublă sarcină în întreprindere și acasă. Astfel, la solicitările impuse de munca în fabrică, se suprapadaugă și cele legate de mediul familial contribuind astfel la agravarea fenomenului de oboseală. Investigarea aspectelor socio-familiale comparativ la cele două loturi a relevat o problematică mult mai încărcată la lotul de maladaptare.

Maladaptarea legată de oricare din factorii prezentați mai sus se obiectivează la lotul de muncă în primul rînd printr-o eficiență scăzută cu repercusiuni asupra productivității. Acest lucru a fost pus în evidență prin urmărirea dinamică a stereotipului de muncă și a frecvenței cardiace la lotul de muncitoare maladaptate comparativ cu lotul de adaptate *(fig. 4)*.

S-au constatat timpi mai lungi de executare a operațiilor precum și variații mai mari ale stereotipului (alternare de timpi lungi și timp scurți) la maladaptate. De asemenea frecvența cardiacă prezintă nivele mai crescute și oscilații mai mari pe parcursul zilei de muncă, ceea ce indică un cost biologic al muncii crescut la aceste muncitoare.

Pe baza rezultatelor acestui studiu s-au făcut o serie de propuneri de măsuri menite să contribuie la o mai bună adaptabilitate a muncitoarelor la locul de muncă și la prevenirea apariției fenomenului de maladaptare, printre care menționăm :

— selecția la angajare a tinerelor trebuie să țină seama nu numai de existența unor aptitudini ci și

Scanned with OKEN Scanner

de o serie de trăsături de personalitate necesare unei bune adaptări la locul de muncă (stabilitate afectivă, perseverenţă, simţ de răspundere).

— asigurarea unei ritmicităţi în aprovizionarea cu materii prime, care să dea posibilitatea muncitoarelor să-şi realizeze norma fără constrîngeri de timp ;

— schimbarea de la o operaţie la alta să nu se facă întîmplător ci să se ţină seama de gama de operaţii la care muncitoarea este specializată ;

— stabilirea unui regim adecvat de pauze de 5 minute la interval de 1 oră. Unele din aceste pauze pot fi folosite pentru executarea unor exerciţii simple care dau posibilitatea unei descărcări motorii ;

— depistarea precoce şi activă a fenomenelor de oboseală cronică ;

— reducerea nivelului de zgomot care depăşeşte limita maximă admisibilă pentru nivelul mediu de atenţie necesar ;

— îmbunătăţirea condiţiilor de iluminat astfel ca acestea să satisfacă cerinţele igienice cerute de gradul de solicitare vizuală specific ;

— îmbunătăţirea sistemului de ventilaţie care să asigure confortul termic în special în sezonul de vară precum şi purificarea atmosferei de praf şi scamă.

The Study reveals aspects regarding adaptability of women to certain stress factors of low intensity, though possibly having damaging effect by addition and interference.

The study was carried out on 300 women — workers — garment machine — minders in a big factory. Methods implied : the ergonomic analysis of the work, timing of the work stereotype and productivity. fatigue complaints, health state, social aspects and the behaviour of workers at the work place.

Adaptability to work and its ambiance was found to present two aspects : there is the group of young workers during their initial stage of adaptation and second group of women with a great length of service, in which adaption was dependent upon a number of occupational and nonoccupational factors cumulated.

Prevention of maladaptation phenomena should take into account that in the first phase they manifest by symptoms of temporary fatigue which later become chronic.

INTERFERENŢE BIORITM — NEVROZĂ — ADAPTARE SOCIOPROFESIONALĂ

Doina Cosman, Carmen Ionuţ, Rodica Macrea

— Cluj-Napoca

Conceptul de periodicitate în fiziologie şi comportament a fost un aspect semnificativ al observaţiilor medicinii şi psihiatriei încă din cele mai vechi timpuri. Hipocrate atrăgea atenţia discipolilor săi asupra regularităţii funcţiilor corporale ca un semn de sănătate, iar în patologie acorda o mare semnificaţie fluctuaţiilor simptomelor, succesiunii zilelor bune sau rele în evoluţia bolilor.

La sfîrşitul sec. XIX William Fliess, studiind împreună cu Freud comportamentul nevrotic îl interrelează cu conceptul de biosexualitate moştenită. Aprofundează studiul ritmurilor omului şi a ciclurilor de activitate, elaborînd teoria bioritmurilor în anul 1890. Descrie ritmurile celei de a 23-a zi, care aparţine ritmurilor intrinseci fizice (somatice), curba emoţională cu un ciclu de 28 zile şi cea intelectuală cu un ciclu de 33 de zile. Aceste cicluri sînt puse în mişcare în momentul naşterii. Fliess a observat o confluenţă a ritmurilor celei de a 23-a zi şi a 28-a zi, momentele de confluenţă fiind numite „zile critice", în care constată o accentuare a simptomatologiei nevrotice.

Ştiinţa modernă a început doar recent să cerceteze periodicităţile planetare, ritmurile zilnice, ritmurile sexuale şi de comportament. Astfel s-a creat o nouă disciplină ştiinţifică — cronopsihofiziologia. Se porneşte de la observaţia că orice proces fiziologic cînd este studiat cu măsurători repetate, suficient de exacte, demonstrează o periodicitate în cursul a 24 ore. Există o succesiune regulată de stări fiziologice, care se bazează pe o coordonare internă, temporală a funcţiilor metabolice, rezultînd astfel un mecanism corporal de sincronizare, care a primit numele de ceas biologic sau timp biologic intern. Este cunoscută o gamă bogată de ritmuri biologice, cu un spectru mergînd de la microsecunde (pentru reacţiile biochimice), milisecunde (pentru activitatea nervoasă), în jur de 1 sec. (pentru ritmul cardiac), ciclul mişcărilor rapide oculare de 90" al visului, ciclul de 24 ore al activităţii zilnice, ciclul menstrual de 27 zile, iar în final ciclul unic al vieţii.

Ceasul biologic intern reglează funcţiile neurovegetative. Prin măsurători se pot obţine nuanţe ritmice ale : pulsului, frecvenţei respiratorii, curbei temperaturii, a presiunii sanguine, a ECG, EMG, EEG, electroretinogramei, electrodermatogramei.

Ritmurile biologice se împart în circadiene (în jur de 24 ore), ultadiene (ritmuri mai lungi de 24 ore) şi infradiene (mai scurte de 24 ore). Regularitatea inconştientă a acestor ritmuri interne devine aparentă doar cînd este tulburată de boli, traumatisme, stress cronic, schimbări de fus orar, anumite afecţiuni psihice.

Pornind de la teoria lui Fliess ne-am gîndit să aplicăm în clinică studiul bioritmurilor la grupa nevrozelor. Ne-am bazat cercetarea pe constatările de cronopsihofiziologie privitoare la conflictul între ritmul intern şi cel impus de mediu (ritm extern, artificial), conflict ce generează în ultimă instanţă dereglări în funcţionalitatea centrilor cerebrali, cu repercursiuni importante asupra vieţii psihice şi comportamentului.

Material şi metodă.

Au fost studiate un număr de 22 cazuri internate în serviciul Clinicii psihiatrice Cluj-Napoca, secţia nevroze, în anul 1977. Lotul este omogen fiind compus numai din femei.

Distribuţia vîrstelor este următoarea :

sub 31 ani — 8 bolnave (36,96%),
sub 41 ani — 4 bolnave (18,18%),
sub 51 ani — 9 bolnave (40,90%),
sub 70 ani — 1 bonavă (4,54%).

Au fost selecţionate deci vîrstele cu un maxim randament al activităţii, majoritatea bolnavelor fiind în cîmpul muncii.

În ceea ce priveşte profesiunea, pacientele se împart în 5 categorii :

— muncitoare — 7 bolnave (31,8%) ;
— agricultoare — 3 bolnave (13%) ;
— funcţionare — 5 bolnave (22,7%) ;
— intelectuale — 2 bolnave (9%) ;
— casnice sau pensionate — 5 bolnave (22,7%).

Scanned with OKEN Scanner

De menționat că din grupa funcționarelor 4 lucrează în mediul industrial, ceea ce ridică numărul celor ce au ca loc de muncă întreprinderile industriale la 11 (50%). Din acest total 9 paciente (40%) lucrează în condiții de suprasolicitare, iar 3 dintre ele (13%) lucrează în mediu toxic.

Lotul se caracterizează printr-o relativă omogenitate și sub raport nosologic, majoritatea cazurilor încadrîndu-se în grupa nevrozelor — 17 (77%), cu următoarele forme: neurastenie, nevroză isterică, nevroză obsesivo-fobică, nevroză depresivă, nevroză anxioasă, nevroză cenestopată, reacții nevrotice. Un număr de 5 cazuri au intricate și o simptomatologie neurasteniformă (depresie anxioasă, cenestopată, schizofrenie remisă cu defect nevrotiform).

După cum enunțam în introducere am aplicat teoria bioritmurilor lui Fliess, utilizînd calcularea zilelor critice după cele 3 curbe — curba somatică (P), curba senzitivității emoționale (S) și curba intelectuală (I). În acest scop am folosit data nașterii pacientelor, știind că aceste ritmuri debutează în momentul nașterii. Datele au fost prelucrate cu calculatorul electronic CASIO BIOLATOR, aparat adaptat special pentru calculul specific al celor 3 curbe ale bioritmului de către K. Tatai (Japonia), directorul Laboratorului de Bioritmologie. Aceste ritmuri sînt redate de calculator sub forma grafică a curbelor ciclice.

Oricare din ritmurile susmenționate variază în cursul unui ciclu sau perioadă completă descriind o curbă ascendentă (perioada activă), urmată de o curbă descendentă (perioada pasivă). Ziua care corespunde intersecției curbei cu linia O reprezintă ziua critică pentru ritmul respectiv.

Dăm mai jos un tabel cu zilele critice corespunzătoare celor 3 ritmuri:

Ritmuri	Zile critice	
P (fizic)	1	12
S (emoțional)	1	15
I (intelectual)	1	17

Rezultate

Din cele 22 de cazuri luate în studiu nu a existat nici o pacientă la care să nu avem o confirmare în ziua critică pe una din cele 3 curbe (fizică, emoțională sau intelectuală). Din totalul de confirmări pe o singură curbă numai la P am avut 4 confirmări, numai la S — 6 confirmări, numai la I — 3 confirmări. Confirmările la 2 sau 3 curbe asociate se prezintă astfel:

P+S = 6 confirmări;
S+I = 1 confirmare;
P+S+I = 2 confirmări.

Supunînd unei analize statistice aceste rezultate pentru fiecare curbă în parte obținem:

a) Pentru curba P avem 4 confirmări unice și 8 asociații (PS, PSI) deci un total de 12 cazuri (54,55%). Specificitatea statistică (față de restul de 10 cazuri neconfirmate (45,45%) ne dă o diferență nesemnificativă Probabilitatea $>0,05$).

b) Pentru curba S avem — 6 confirmări unice și 9 în asociație (PS, SI, PSI) deci un total de 15 cazuri (68,18%) din 22 cît cuprinde lotul nostru. Probabilitatea este $<0,05$, deci diferența este foarte semnificativă. Se conferă prin aceasta curbei emoționale o specificitate marcată în rîndul cazurilor cuprinse în lotul nostru.

c) Pentru curba I avem 3 confirmări unice și 3 în asociație (SI, PSI) = 6 confirmări în total (27,27%) față de 16 rezultate negative. Statistic $p<0,05$ în favoarea rezultatelor negative, deci o diferență foarte semnificativă în a nu acorda specificitate acestei curbe la cazurile cuprinse în lotul nostru.

Deci rezultatele obținute aduc confirmări semnificative pentru zilele critice în ceea ce privește specificitatea curbei emoționale. Dintre tipurile de manifestări psihopatologice apărute în zilele critice notăm — labilitate emoțională, salturi dispoziționale de la euforie pînă la depresie cu vehicularea unei tematici prevalent suicidare anxietate marcată, crize pitiatice, scăderea randamentului funcțiilor cognitive. Cele mai interesante și semnificative fenomene înregistrate sînt 2 cazuri cu tentativă de sinucidere, 2 cazuri cu agitație psihomotorie și la 1 caz apariția confuziei. Desigur apropierea și coincidența zilelor critice la 2 curbe bioritmice au determinat o simptomatologie puternică, evidențiată pe plan clinic așa cum rezultă din exemplele de mai sus.

În funcție de formele nevrozei putem spune că în nevroza depresivă a apărut o netă decompensare, ideile de inutilitate fiind strîns legate de preocupări de sinucidere (6 cazuri). În nevrozele isterice în ziua critică am evidențiat tablouri mai polimorfe de la crize isterice pînă la bufeuri anxioase cu neliniște, impulsivitate generatoare de conflicte, manifestări somatice exprimate îndeosebi prin cefalee.

În celelalte forme de nevroze (mai ales cele cenestopate), precum și în cazurile cu tulburări nevrotiforme (depresiune anxioasă, depresie pe fond involutiv) simptomatologia s-a exacerbat în zilele critice sub forma somatizărilor, fiind frecventă astenia, insomnia, somnolența, cefaleea, tulburările vasomotorii, algiile diverse.

Ne-am gîndit să aplicăm aceste rezultate preliminarii în profilaxia unor noi decompensări nevrotice. Acest lucru se impune mai ales prin faptul că pacientele studiate sînt cuprinse în cîmpul muncii în majoritatea lor (77%). O mai bună cunoaștere a ritmului propriu poate aduce ameliorări sau o stabilizare a simptomatologiei prin măsuri ferme de psihoigienă aplicate chiar de către bolnavă. Pe de altă parte cunoașterea zilelor critice face ca pacienta să nu mai revină la medic la cea mai ușoară indispoziție, îi mărește autonomia față de terapeut. Pentru nevrozele depresive studiul bioritmurilor este de maximă necesitate dată fiind marea incidență a zilelor critice și recrudescența simptomatologiei depresive (tematică prevalentă suicidară sau chiar tentative sucidare).

În cele 9 luni de cînd ținem sub observație lotul nostru, din cele 22 cazuri studiate au necesitat reinternarea 3 cazuri (13%). La celelalte paciente se constată o bună evoluție clinică și o inserție socioprofesională optimă.

În literatură sînt cunoscute aplicații ale teoriei bioritmurilor de către K. Tatai, obținîndu-se o reducere a accidentelor de automobil la o firmă de taximetre din Tokio, precum și a acidentelor de muncă în mai multe întreprinderi japoneze. Tot în Japonia s-au obținut rezultate bune în prevenirea sinuciderilor.

Aplicații importante s-au realizat și în anumite profesiuni, care au ca specific schimbări rapide de fus orar (la echipajele de zbor, cosmonauți, oameni de afaceri, diplomați, sportivi). Schimbarea bruscă a orarului de muncă, cu alternarea ritmului zi-noapte, poate să ducă la dereglări importante la persoanele cu un bioritm mai fragil. De asemenea se discută că una din cauzele nevrozelor ar aparține și faptului că omul modern, civilizat, nu mai ține seama de orologiile biologice, fiind prea dependent de ritmurile externe, artificiale.

În concluzie, pornind de la datele din literatură și observarea lotului nostru, considerăm că rezultatele cercetării noastre pot constitui preliminariile unei aplicații practice legate de posibilitatea unei bune integrări socio-profesionale a nevroticilor. În acest sens, ca un prim pas, preconizăm individualizarea specificului muncii și a orarului de activitate în funcție de particularitățile bioritmurilor.

Scanned with OKEN Scanner

In 1890 Fliess emited his bio-rythm theory about the existence of three types of internal biological rythms — the intrinsic somatic rythm (on a 23 days cycle), the emotional-sensitivity rythm (on a 28 days cycle), the mental performance rythm (on a 33 days cycle). These rythms are set in motion at the moment of birth. The confluence of these rythms give birth to the so called „critical days", with disturbances of the psychomotor activity, fluctuations of mood and cognition disturbances.

The authors applied Fliess 'theory in psychopathology. The selected a number of 22 female patients with homogenous diagnosis (neurosis). For each one the biorythm was calculated after the date of birth with a Cassio Biolator electronical computer, especially adapted for this purpose by professor Tatai (Japan).

The results (68,18%) strongly sustain the existence of a specific emotional curve (S) among the neurotic patients.

As psychopathological distrubances of the „critical days" we noted — emotional instability, fluctuations of mood from euphoria to depression, with suicidal tendency, deep anxiety, hysterical crises and cognition disturbances. The results already published on the subject and our own research as well, are likely to bring a practical contribution to a better socio-professional integration of the neurotic patients. A first step in this direction may be a specific time table of work according to the biorythm of each patient.

ADAPTAREA ŞI INDUSTRIALIZAREA, FACTORI DE BAZĂ ÎN APARIŢIA ŞI EVOLUŢIA BOLILOR GASTRO-INTESTINALE LA MUNCITORII DIN COMBINATUL DE PRELUCRAREA LEMNULUI DIN SUCEAVA

Al. C. Pavel
— Suceava

În etapa actuală de dezvoltare socio-culturală şi tehnico-ştiinţifică, se observă că întreaga ţară este cuprinsă de procesul de industrializare, de ştergere a diferenţei dintre sat şi oraş şi de mutaţie a unui mare număr de muncitori, care din agricultori devin lucrători industriali, precum şi din ţărani se transformă în orăşeni. Modul de trai al acestor muncitori nu rămîne fără influenţă asupra sănătăţii lor, fiind cunoscut faptul că la începutul revoluţiei industriale cazarea, alimentaţia, transportul pînă la locul de muncă etc. nu sînt cele mai optime şi de multe ori se resimte o stare de oboseală în grade diferite, chiar la intrarea în lucru a muncitorilor. Pe de altă parte automatizarea şi mecanizarea produc apariţia semnelor de stress atunci cînd activitatea este monotonă, iar prin intermediul sistemului nervos dereglează activitatea tubului digestiv producînd ulcere gastro-duodenale, a funcţionalităţii aparatului cardio-vascular favorizînd apariţia hipertensiunii arteriale şi disfuncţia sistemului psihoneurologic producînd nevrozele.

Toate acestea produc în mediul industrial, pe lîngă suferinţe psiho-somatice şi incapacitate temporară de muncă precum şi pierderi în economia naţională.

Procesul de adaptare a muncitorilor la noile condiţii de viaţă şi muncă produce un număr mare de reacţii fizice sau biologice, endocrine şi somatice, descrise în literatură, sub denumirea de „sindrom de adaptare" ; asemenea reacţii le întîlnim şi la muncitorii proveniţi din mediul rural, cu munci în ture de zi şi noapte, cu schimbarea orarului, alimentaţiei şi odihnei, cu supravegherea continuă a activităţii maşinilor şi cu stări conflictuale de diferite cauze.

Aceste aspecte ne-au făcut să studiem îmbolnăvirile tubului digestiv la muncitorii din Combinatul de prelucrarea lemnului din Suceava, pe o perioadă de 5 ani (1969—1973), concomitent am studiat aceleaşi îmbolnăviri în două circumscripţii sanitare rurale (Salcea şi Zamostea din judeţul Suceava) şi datele le-am comparat ajungînd la concluziile pe care le-am finalizat în teza de doctorat intitulată „Probleme noi în afecţiunile gastro-intestinale într-o întreprindere de industrializarea lemnului Suceava".

Referindu-ne la incidenţa ulcerului gastric şi duodenul din rîndul acestor muncitori, boală care are pe lîngă alte cauze favorizante şi dereglările sistemului nervos, am constatat că acesta apare într-un procent de 24% din totalul bolnavilor ulceroşi în primii doi ani de la încadrare, perioadă considerată de noi drept „perioadă de acomodare", pentru a se ridica apoi la procentul de 80% în primii 5 ani. În acest interval am întîlnit apariţia surmenajului cu forme de iritabilitate sau agresivitate pentru a ajunge la fenomene de resemnare sau depresiune nervoasă. Aceasta se datoreşte atît factorilor fizici (iluminare, zgomot, temperatura, umiditatea etc.), fiziologice (alimentări, teren, lipsa antrenamentului), psihologice (emotivitate, interesul faţă de muncă) cît şi celor psiho-sociali, care privesc ritmul, durata, stabilitatea, factorul de competenţă şi risc etc., a muncitorului. Muncile de răspundere s-au întîlnit la 30% din bolnavii ulceroşi, iar factori stressanţi (oboseala, încordarea nervoasă, stările conflictuale la locul de muncă sau familie etc.) în procent de 71%. Stările de stress şi muncile de răspundere ocupă un loc destul de important în apariţia şi evoluţia ulcerelor gastro-duodenal fiind considerate ca a doua mare cauză după greşelile de alimentaţie ce le-am întîlnit în 98% din bolnavi. Suprasolicitările sistemului nervos central, se întîlnesc atît la bolnavii din mediul rural cît şi urban.

Datele comparative ale morbidităţii prin boli gastro-intestinale din zona industrializată a Sucevei (cele două combinate enunţate şi zona neindustrializată, cele două circumscripţii sanitare rurale), pun în evidenţă frecvenţa mare a bolilor studiate în zona industrializată, astfel că ulcerul gastro-duodenal este întîlnit de 6 ori mai mult în zona industrializată faţă de cea neindustrializată, dar enterocolopatiile cresc de peste 20 ori în zona industrializată. De asemenea, observăm o scădere mai mare (7,4%) a bolilor gastro-intestinale în circa sanitară Zvoriştea care se află la distanţă de 22 km de zona industrializată a Sucevei, faţă de circa sanitară Salcea (12 km distanţă de Suceava) unde procentajul este de 10,4%. Este deci o incidentă a acestora direct proporţională cu apropiere de zona industrializată.

În concluzie, constatăm că în apariţia evoluţiei şi complicaţiile bolilor gastro-intestinale, pe lîngă alţi factori în perioada de adaptare la noul loc de muncă (cca 2 ani), factorul stress şi automatizarea din mediul industrial, sînt de necontestată valoare, cunoaşterea acestora implică luarea măsurilor adecvate de profilaxie.

Scanned with OKEN Scanner

CONSIDERAȚIUNI CU PRIVIRE LA ROLUL ANAMNEZEI PSIHIATRICE MULTIFACTORIALE ÎN DIAGNOSTICUL DIFERENȚIAL AL PSIHO—NEVROZELOR

Baltaru M., Balanovschi G., Dudeanu Sofia, Iftimie Rodica, Gorun Maria
— Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola" — Iași

Creșterea procentajului îmbolnăvirilor nevrotice, al bolnavilor torturați de trăirea dramatică a complexelor lor conflictuale, sau care sînt prinși în mrejele conversiunilor și somatizărilor penibile, a bolnavilor ce asaltează dispensarele și spitalele de psihiatrie cu perseverența lor caracteristică, în solicitarea unei soluții, a unui tratament, a unui verdict medico-social, susțin un constant interes pentru cunoașterea cît mai profundă a acestui domeniu al psihiatriei aparent facil și simplu, care se numește „Capitolul nevrozelor" dar care abundă însă de atîtea nebuloase ce se cer clarificate.

Lipsa unui criteriu unitar în clasificare a nevrozelor ca rezultat al unor concepții teoretice diferite, adesea diametral opuse, îngreunează cunoașterea lor printr-un limbaj semantic propriu diverselor orientări, dar care se referă de fapt la aceleași fenomene, simptome și noțiuni psihice. În ultimele decenii se evidențiază tendința de a evita tentația teoretizărilor speculative, astfel încît conceptul nevrozei se conturează ca o evoluție psihică abnormă sub presiunile evenimentelor exterioare, în care factorii condiționați de circumstanțele mediului ambiant depășesc posibilitățile funcționale de adaptare și regulile de comportare individuale. În acest sens întreaga simptomatologie a nevrozei apare ca expresie a efortului de adaptare a personalității în condițiile unui cerc închis de sarcini și obligații impuse de condițiile micromediului respectiv. Compensarea acestei rezultante se stabilește de obicei la un nivel patologic. Cu cît gama posibilităților funcționale individuale de adaptare este mai restrînsă cu atît mai pregnante, mai grave, apar tulburările în sferă psihică sau corporală, în dependență de tipul caracterial, nivelul cultural, educație, tradițiile persoanei în cauză. Terapia cauzală — patogenetică trebuie să se refere tocmai la depistarea, elucidarea și intervenția propice în procesul de reglare a conflictelor personalitate—mediu care generează reacția nevrotică.

Diagnosticul obiectiv al nevrozelor, impune în primul rînd fundamentarea lui pe cît posibil pe criteriul eliminării componenței subiective (atît din partea medicului cît și din partea pacientului) ceea ce prezintă o importanță principială în tendința de a evita posibilitatea unor „corecții" motivate de anumite avantaje. În al doilea rînd, diagnosticul obiectiv al nevrozelor mai este dificil și pretențios deoarece el trebuie să țină cont de o multitudine de variante individuale, astfel încît numai o analiză diferențiată multifactorială a acestora ar putea oferi elemente necesare pentru aprecierea retrăirilor subiective ale celor în cauză. În acest context, în psihiatria contemporană se preconizează diverse metode de analiză multifactorială la care printre alții subscriu autori ca : Delius, Fahrenberg, Christian, Sheer, Kattel, etc., și care schematic cuprind următoarele elemente :

1. reacțiile individuale psiho-fizice la calcul, zgomot, sau la îmbinarea acestor elemente : reacții psiho-sociale (conflictele psiho-sociale, cu autoritățile, cu propriul colectiv) preocupări în sfera sexuală, stare de anxietate cu sentiment de însingurare, de părăsire, etc. Se studiază de asemenea evoluția emoțiilor prin aprecierea frecvenței ritmului cardiac, clectromiograme (durata contracțiilor, reflex cutanat psiho-galvanic, frecvența respiratorie).

2. examenul clinico-anamnestic în care se includ îndeosebi intensitatea și durata acuzelor psiho-neurovegetative, precum și corelarea acestora cu gradul de perturbare a personalității.

3. examenul psihologic care cuprinde esențial teste ca de ex. : testul inventarului personalității a lui Freiberger, testul Minesotta, ș.a.

Corelația statistică între diagnoza stabilită tradițional pe baza datelor clinico-anamnestice, testarea psihologică și datele cercetării psiho-fiziologice este prelucrată ulterior analitic printr-un sistem modern de calcul electronic, stabilindu-se astfel coeficientul corelației, adică parametrii obiectivi ai diagnosticului solicitat, care poate fi ulterior comparat cu persoanele normale-martori, sau apreciat în evoluția stării psihice a pacientului (variantele inevitabile).

Cu toate că elaborarea unui program-sarcină de tip psiho-social are un rol foarte mare, influența acestuia asupra pacientului cercetat depinde de mulți factori colaterali subiectivi, ceea ce nu scade perspectivele bune ale unui diagnostic astfel conceput al stării prezente.

Punînd accent deosebit pe această analiză actuală multifactorială, esențial rămîne totuși, examenul psihiatric care urmează să aprecieze și să delimiteze dacă instalarea stărilor nevrotice, indiferent de patogenia și conturarea lor nozologică reprezintă numai o etapă funcțională și reversibilă a tulburărilor inițiale individuale, net exprimate, sau dacă acestea constituie exprimarea diverselor tulburări somatice ce pot genera și întreține o simptomatologie nevrotiformă de fațadă adesea fără semnificație psihiatrică.

În legătură cu aceasta necesită a fi subliniat conceptul bio-psiho-social despre nevroză propus și susținut de P. Brânzei potrivit căruia, așa cum de altfel o demonstrează și practica, există o nevroză „vera" cu toate particularitățile clinico-nosologice descrise în psihiatria clasică și reacțiile nevrotiforme, care cuprind un palier larg de manifestări, de la reacțiile psihogenetice diverse, sau chiar de refugiu intenșional în boală, pînă la sindroame nevrotiforme de o etiopatogenie plurifactorială și cu predominență somatică.

În acest consens, experiența cl. I Femei, apare deosebit de semnificativă. Astfel de ex. cercetînd observațiile a unui număr de 88 de paciente spitalizate în cursul anului 1977 și la care se solicită clarificarea unor aspecte medico-sociale (pensionări, întreruperi de sarcină, ș.a.) care au fost examinate în comisia psihiatrică consultativă pe spital, am constatat că numai 8 cazuri se încadrează, pe baza analizei clinico-anamnestice și paraclinice, multifactoriale în cadrul nevrozelor „vera" în timp ce restul de 80 constituiau în fapt reacții nevrotice pe fondul unor suferințe somatice cumulative, multiple, cu evoluție cronicizată ca de pildă : metrite, anexite, disfuncții, hepato-biliare, afecțiuni gastro-intestinale, cardio-vasculare, ale aparatului osteo-articular, diverse și extrem de variate tulburări discrinice, modificări de tip ASC, diverse sindroame hipoanabolice, sau algopatii, prin alte suferințe diverse.

De asemenea, în legătură cu aspectele clinice ale observațiilor cercetate, rezultă numeroase alte particularități ce apar interesante în domeniul practicii curente și chiar pe plan conceptual printre care de exemplu :

— în cazurile suferind de nevroză „vera" ce au necesitat aplicarea unor măsuri medico-sociale protective inclusiv pensionarea, predomină o simptomatologie de tip psihasteniform cu obsesii chinuitoare,

fobii, preocupare egofobică neliniştită asupra propriei stări de sănătate în timp ce în cazurile în care se obiectivează suferinţe somatice de limită, cumulative sau cu evoluţie cronicizată predomină o simptomatologie cu fixaţii cenestopate greu reductibile sau chiar ireductibile la tratament, cu o preocupare egofilică asupra propriilor suferinţe, cu elemente de psihopatizare a personalităţii şi adesea chiar cu manifestări querulente;

— cazurile ce se încadrează nozologic în grupa nevrozelor „vera" erau cuprinse, în cea mai mare parte, în limita de vîrstă între 20—35 ani, iar pe plan etiopatogenetic ca element predominant pot fi incriminate îndeosebi fenomenele reactive psihogene la condiţiile mai dificile. sau mai complexe medio-sociogene, în timp ce în cazurile de sindroame nevrotive induse prin suferinţe somatice media de vîrstă apare mai frecvent între 40—55 ani, iar elementele psihogene se evidenţiază cu atît mai mult, cu cît se manifestă tendinţa şi intenţia celor în cauză de a-şi clarifica în primul rînd aspectele sociale mai mult sau mai puţin exprimate la locul lor de muncă.

Astfel din analiza observaţiei clinice ale grupului de bolnave cercetate şi spitalizate pentru diverse tulburări nevrotice, se evidenţiază în primul rînd tendinţa de „psihiatrizare" a numeroase suferinţe somatice cumulative sau cu evoluţie trenantă, precum şi tendinţa de a i se atribui psihiatrului, sau numai psihiatrului, responsabilităţi excesive, sau chiar exclusive, în privinţa clarificării aspectelor medico-sociale pe care le implică cea mai mare parte a acestei categorii de bolnave.

De aceea în cadrul programelor complexe cu caracter interdisciplinar ce se referă la apărarea şi promovarea sănătăţii mintale apare ca necesară, pe de o parte, reconsiderarea rolului psihiatrului în primul rînd ca moderator al activităţilor practice de psihoprofilaxie şi recuperare a nevroticilor, iar pe de altă parte, măsuri vizînd o angajare mai responsabilă atît a specialistilor din domeniul disciplinelor medicale ce se preocupă de îmbolnăvirile somatice de limită, cît şi a organelor de decizie şi a organismelor comunitare interesate în organizarea apărării sănătăţii publice.

EPILEPSIA LARVATĂ, ASPECTE PSIHO-SOCIALE ŞI DE ACTIVITATE PROFESIONALĂ

M. Şelaru, Felicia Chirilenco
— Institutul de Medicină şi Farmacie — Iaşi

Epilepsia larvată constituie un subiect important pentru practica psihiatrică şi de medicină în general prin implicaţiile deosebite de natură clinică, psihopatologică şi socială. Formă atipică de exprimare a paroxismelor de natură comiţială, epilepsia larvată îmbracă o gamă variată de manifestări epileptice particulare care pun probleme deosebite de diagnostic diferenţial şi de atitudine medico-socială.

Studiul nostru se referă la un număr de 76 bolnavi de epilepsie cu manifestări ideo-afective care, au mascat pe o perioadă îndelungată de timp simptomatologia paroxistică comiţială.

Din totalul de 75 pacienţi 50 (65,7%) aparţin sexului feminin restul de 26 (34,3%) sînt de sex masculin.

Distribuţia bolnavilor pe grupe de vîrstă şi sex se prezintă după cum urmează:

Grupa de vîrstă / sex	15—20	21—25	26—30	31—35	36—40	41—45	46—50	51—55	56—60	61—65
F	5,2	18	2,6	13,1	16	5,2	0,4	—	—	—
M	2,6	2,6	5,2	5,2	5,2	5,2	—	—	1,1	—

Pe ansamblu se constată două vîrfuri cu maximă incidenţă la grupele de vîrstă 21—25 (20,6%) şi 36—40 ani (21,2%) şi cu valori apropiate (18,3%) în grupa de vîrstă 31—35 ani.

Pentru sexul feminin predomină vîrsta de 21—25 ani care totalizează un număr de 15 cazuri adică 28% din totalul de 50 bolnave şi 18% din totalul de bolnavi studiaţi. Se constată o scădere bruscă a numărului de cazuri pentru vîrsta imediat apropiată (26—30 ani) după care urmează o creştere progresivă între 31—40 ani.

La bărbaţi incidenţa maximă se constată între 26—50 ani.

Pacienţii lotului studiat de noi au totalizat un număr de 174 internări. Diagnosticile formulate înaintea precizării epilepsiei se repartizează procentual după cum urmează: sindroame nevrotice 77%, reacţii psihopatice 6,3%, sindrom depresiv 6,8%, melancolie 3,1%, psihoză maniaco-depresivă 2,3%, ciclotimie 5,7%.

Analizînd formulările variate ale diferitelor sindroame psihiatrice noi am constatat că diagnosticul de neurastenie a fost întîlnit cu o frecvenţă de 25,3% cel mai frecvent întîlnindu-se la femei (59%). În raport cu grupa de vîrstă, diagnosticul de neurastenie predomină la vîrsta de 36—40 ani într-o proporţie de 54% din cazurile întîlnite la femei şi de 32% în raport cu totalul de 174 internări. Nu s-a semnalat nici un caz la grupele de vîrstă pînă la 25 ani, a fost de 7,7% între 26—30 ani şi s-a dublat la grupa de vîrstă 31—35 ani.

Pentru bolnavii de sex masculin diagnosticul de neurastenie a fost formulat de 18 ori (41%) cu o predominanţă evidentă la intervalul de vîrstă 41—45 ani reprezentînd 33% din totalul cazurilor de neurastenie înregistrate la pacienţii de sex masculin. În grupele de vîrstă 21—25 ani proporţia diagnosticului de neurastenie este de 11% şi se menţine aceiaşi în intervalul de vîrstă 45—65 ani, dublîndu-se însă între 31—35 ani.

Sindromul nevrotic a fost formulat în proporţie de 16% din totalul de 174 internări reprezentînd pentru femei 78% şi 22% pentru bărbaţi, cu o incidenţă crescută la femei 54% în intervalul 36—40 ani.

Sindromul nevrotic cu elemente depresive şi manifestări de tip obsesivo-fobic a fost întîlnit în 8,03% din totalul internărilor dintre care 71,4% pentru sexul feminin şi 28,6% pentru bărbaţi. În raport cu grupa de vîrstă cea mai mare incidenţă (60%), se constată la femeile în vîrstă de 21—25 ani în timp ce pentru bărbaţi a predominat intervalul de vîrstă 36—40 ani (28,6%).

Sindromul psihogenetic ca refugiu neintenţional în boală a fost suspicionat în 5,7% din totalul internărilor aparţinînd în 50% din cazuri la femei între 36—40 ani în timp ce pentru bărbaţi incidenţa ma-

Scanned with OKEN Scanner

ximă a fost înregistrată între 26—30 ani, manifestările de tip isteroid fiind întîlnite în 1,15% din cazuri.

Sindromul nevrotiform formulat în prezența unei patologii manifeste viscero-umorale a avut o frecvență de 6,8% pînă la 40 ani unde totalizează un procent de 32%; femeile sînt afectate mai ales la vîrsta de 36—40 ani, iar bărbații la vîrsta de 41—45 ani; cazurile de nevroză sînt rare pînă la 20 ani și peste vîrsta de 50 ani. Comparativ cu procentajul întîlnit la celelalte vîrste se pare că grupa de vîrstă 26—30 ani atît la femei cît și la bărbați este mai puțin afectată de nevroză: 4% din numărul total de nevroze afectează femeile la această vîrstă, iar pentru bărbați nu s-a semnalat în acest sens nici un caz de nevroză în lotul studiat.

Din analiza cazurilor studiate am constatat că în funcție de numărul internărilor, diagnosticul de epilepsie este formulat după cum urmează: la prima internare într-un procent de 23,6% din cazuri dintre acestea 66,6% revin sexului feminin iar 34% revin sexului masculin.

Pentru sexul feminin numărul de epilepsii care se formulează la prima internare reprezintă 25%.

Pentru sexul masculin numărul de epilepsii care se formulează la prima internare reprezintă 21,5% din totalul epilepsiilor întîlnite la bărbați.

Am constatat că grupei de vîrstă 15—20 ani îi revine un procent de 33,3% din total. Acest procent se menține la o valoare constantă pînă la vîrsta de 35 ani, peste această vîrstă diagnosticul de epilepsie se formulează după un număr mai mare de internări.

Diagnosticul de epilepsie este formulat la cea de a doua internare într-un procent de 31,5% din cazuri. Numărul de cazuri în care epilepsia este precizată ca diagnostic cu ocazia celei de a doua internări, este egal pentru cele două sexe.

Pentru sexul feminin aceste situații sînt întîlnite într-un procent de 25% din numărul de epilepsii corespunzătoare acestui sex.

Între vîrsta de 15—25 ani, la cea de a doua internare, au fost diagnosticate cu epilepsie 66,6% dintre aceste femei, acest procent se reduce la 16% pentru vîrsta de 36—40 ani și pentru vîrsta de 46—50 ani.

Pentru sexul masculin din numărul total al epilepsiilor întîlnite la bărbați, un procent de 42,9% se diagnostichează la cea de a doua internare.

Se constată că un procent de 16% dintre aceste epilepsii se formulează la vîrsta de 15—20 ani; procentul se dublează pentru vîrsta de 26—30 ani, apoi se menține la o valoare constantă de 16% pentru grupele de vîrstă 36—40 ani, 51—55 ani și 61—65 ani.

34,2% din numărul total al epilepsiilor se diagnostichează cu ocazia celei de a treia internări; dintre acestea 61,9% aparțin sexului feminin, iar restul de 38,1% aparțin sexului masculin.

La cea de a patra internare au fost diagnosticate cu epilepsie două cazuri, ceea ce reprezintă un procent de 2,63% din numărul total al epilepsiilor.

Cu ocazia celei dea șaptea internări, diagnosticul de epilepsie se formulează la 5,36% din cazuri.

Cu ocazia celei de a zecea internări au fost diagnosticate un procent de 2,63% din numărul total al epilepsiilor.

Celor două cazuri aparținînd sexului feminin le revine un procent de aproximativ 4% din numărul total al epilepsiilor întîlnite la femei. Această situație am remarcat-o pentru grupa de vîrstă 31—35 ani.

Așadar 89,3% din numărul total al epilepsiilor sînt diagnosticate cu ocazia primelor trei internări.

Am constatat că pentru sexul feminin, stabilirea diagnosticului de epilepsie este posibilă și după un număr mai mare de internări (la a șaptea sau a zecea internare), în timp ce pentru sexul masculin 100% dintre epilepsii au fost diagnosticate în cadrul primelor trei internări.

Diagnosticul de epilepsie se formulează mai ușor pentru vîrstele mai tinere: pînă la vîrsta de 30 ani, marea majoritate a cazurilor au fost diagnosticate cu ocazia primelor două internări. Diagnosticul de epilepsie se formulează după un număr mai mare de internări odată cu trecerea anilor. Peste vîrsta de 30 ani 60% din totalul epilepsiilor întîlnite peste această vîrstă, au fost diagnosticate după trei sau mai multe internări.

Din analiza cazurilor studiate am constatat că diagnosticul de epilepsie se formulează după un anumit număr de ani de la prima internare, așa după cum urmează:

A. Din numărul total al epilepsiilor 56,4% se diagnostichează în primul an de la internare. Acest procent este repartizat în părți aproximativ egale pentru cele două sexe.

— Dintre epilepsiile sexului feminin 45,7% sînt diagnosticate în primul an de la internare. Dintre acestea, 36,8% aparțin grupei de vîrstă 21—25 ani, procent care se înjumătățește pentru grupele de vîrstă 15—20 ani, 26—30 ani și 46—50 ani. Procentul de 4,6% se menține la o valoare constantă pentru grupele de vîrstă 31—35 ani și 36—40 ani.

— Pentru sexul masculin, în primul an de la internare se diagnostichează 71,4% dintre epilepsiile întîlnite la bărbați, din care cîte un procent de 20% aparține grupelor de vîrstă 21—25 ani, 36—40 ani și 41—45 ani; această valoare se reduce la 1/2 pentru fiecare din grupele de vîrstă 15—20 ani, 26—30 ani și 51—55 ani precum și 61—65 ani.

B. La un număr de 6 cazuri, ceea ce reprezintă un procent de 7,8% din numărul total al epilepsiilor, diagnosticul a fost precizat după un timp de 2 ani de la prima internare. Două treimi din aceste cazuri aparțin sexului feminin iar 1/3 aparține sexului masculin.

— Pentru sexul feminin diagnosticul de epilepsie se formulează la 2 ani după prima internare, la un procent de 8,1% din cazuri. Acest procent este distribuit în părți egale pentru grupele de vîrstă 36—40 ani și 41—45 ani.

— Pentru bărbați 7,1% din epilepsiile întîlnite la acest sex sînt diagnosticate la 2 ani de la prima internare, acest procent revenind în întregime grupei de vîrstă 31—35 ani.

C. După o perioadă de trei ani de la internare sînt diagnosticate 13,1% din cazuri.

D. La un număr de 4 cazuri, ceea ce reprezintă un procent de 5,2% din totalul epilepsiilor, diagnosticul a fost precizat după o perioadă de 4 ani de la prima internare.

E. După 5 ani de la prima internare, diagnosticul de epilepsie este stabilit pentru un număr de 4 femei cu vîrsta cuprinsă între 36—40 ani. Acestor cazuri le corespunde un procent de 5,2% din numărul total al epilepsiilor, sau 8,3% din cazurile de epilepsie feminină.

F. După o perioadă de 6 ani de la prima internare, diagnosticul de epilepsie a fost precizat la 2,6% din cazuri.

G. Un procent asemănător de 2,6% din cazurile de epilepsie a fost diagnosticat după un număr de 8 ani de la prima internare.

De data aceasta cele două cazuri devin în exclusivitate sexului masculin pentru grupa de vîrstă 51—55 ani. Deci 7,1% din cazurile de epilepsie întîlnite la bărbați se diagnostichează după o perioadă de 8 ani de la prima internare.

H. După o perioadă de 9 ani de la prima internare se diagnostichează un procent de 2,6% din totalul cazurilor de epilepsie, această situație întîlnindu-se exclusiv la sexul feminin, la grupa de vîrstă 41—45 ani.

I. Un procent de 5,2% din totalul cazurilor de epilepsie se diagnostichează după o perioadă de 11 ani de la prima internare.

Scanned with OKEN Scanner

— Dintre acestea două cazuri revin sexului feminin pentru grupa de vîrstă 31—35 ani. Aşadar, diagnosticul de epilepsie se formulează în primii trei ani de la prima internare într-un procent de 77,3%, marea pondere a precizării diagnosticului revenind însă primului an de la internare (cînd de diagnostichează mai mult de jumătate din numărul total al cazurilor de epilepsie).

Pentru sexul masculin, diagnosticul de epilepsie se formulează mai uşor în sensul că 85,9% din totalul de epilepsii întîlnite la bărbaţi sînt diagnosticate în primii 3 ani; de asemenea, ţinînd cont de faptul că un număr de 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 ani de la prima internare nu s-a diagnosticat nici un caz de epilepsie, putem reduce intervalul de timp necesar manifestării epilepsiei şi deci precizării diagnosticului ei, la intervalul de 1—3 ani.

Pentru sexul feminin intervalul de timp necesar stabilirii diagnosticului de epilepsie se lărgeşte pînă la un număr de 11 ani, deşi marea majoritate (70,8%) a epilepsiilor sînt de asemenea precizate în primii 3 ani.

Am constatat că pentru grupele de vîrstă mai tînără, diagnosticul de epilepsie se formulează mai rapid: pînă la vîrsta de 30 ani 93% dintre epilepsiile întîlnite pînă la această vîrstă, se diagnostichează în primul an de la internare. Odată cu înaintarea în vîrstă pînă la precizarea diagnosticului de epilepsie este necesar trecerea unui număr de ani: 52,8% din totalul epilepsiilor întîlnite peste această vîrstă (30 ani), sînt diagnosticate după un număr de 3 sau mai mulţi ani de la prima internare.

Am constatat că afecţiunile care în totalitatea lor reprezintă tabloul antecedentelor personale patologice ale cazurilor studiate pot fi grupate în fnucţie de frecvenţa lor, aşa cum urmează:

— afecţiuni digestive	27,3%
— afecţiuni infecto-contagioase	23,8%
— afecţiuni neurologice	17,7%
— afecţiuni O.R.L.	9,2%
— afecţiuni pulmonare	6,5%
— afecţiuni endocrine	3,7%
— afecţiuni genitale	3,7%
— afecţiuni loco-motorii	3,7%
— intoxicaţii	1,8%

Studiate separat am constatat că afecţiunea care predomină în antecedentele patologice ale cazurilor studiate este reprezentată de către traumatismele cranio-cerebrale, care afectează 40% din numărul total al bolnavilor.

Ţinînd seama de fatpul că 35% dintre afecţiuni constituie tabloul antecedentelor patologice la sexul masculin, iar numărul bărbaţilor studiaţi este de aproximativ 2 ori mai mic faţă de cel al femeilor, rezultă o distribuţie aproximativ egală a acestor afecţiuni între cele două sexe.

Dintre afecţiunile care predomină la sexul masculin menţionăm: traumatismele cranio-cerebrale, polinevrita infecţioasă, afecţiunile pulmonare, ulcerul duodenal, otita, intoxicaţii medicamentoase şi alcoolismul.

La sexul feminin am constatat o frecvenţă mai mare a următoarelor afecţiuni: apendicectomie, amigdalectomia, afecţiuni endocrine, sinuzita, colecistita, afecţiuni ale sferei genitale, spondiloza. Celelalte afecţiuni au fost distribuite în mod egal între cele 2 sexe.

Am constatat că pentru sexul masculin grupa de vîrstă 31—35 ani este cea mai bogată în antecedente patologice, la femei această situaţie corespunzînd grupelor de vîrstă 31—35 ani şi 36—40 ani.

În funcţie de frecvenţa lor, am grupat simptomele acuzate de bolnavi la internare după cum urmează: mează:

a) Modificări ale funcţiilor afective — 28%, depresia — 7,5%, starea de nelinişte — 5,1%, iritabilitatea — 5,7%, anxietate şi agitaţie 4,2%, violenţă şi impulsivitate — 3,2%, apatie şi indiferentism — 1,7%.

b) Triada clinică clasică — 24,5%, dintre care: cefalee 8,5%, tulburări de somn — 8,2%, astenie 7,8%.

c) tulburări neuro-vegetative — 43,2%, tulburări neurologice — 3,2%.

d) modificări ale funcţiilor de cunoaştere — 17,4%, suspendarea cunoştinţei — 11,4%, hipomnezie — 3,9%, stări confuzive — 1,4%, halucinaţii — 0,7%.

Am constatat că simptomul cel mai frecvent acuzat de către bolnav la internare a fost reprezentat de starea de suspendare a conştiinţei, urmată de cefalee.

Urmărind linia centralizării datelor, se constată că cele 4 grupe de simptome menţionate la punctul *a* pot fi distribuite pe două coloane paralele:

— simptome psihice care reprezintă 69,9% din total şi

— simptome somatice care reprezintă 23,2% din totalul simptomelor, primele fiind aşadar deci aproximativ de 3 ori mai numeroase.

Tulburările neurologice, starea de apatie şi indiferentism total precum şi halucinaţiile simple au reprezentat simptome întîlnite în exclusivitate la sexul feminin la care coloratura extrem de variată a descrierii fenomenelor a atras în mod deosebit atenţia.

La bărbaţi, a fost prezentă într-o pondere mai mare tulburarea funcţiilor de cunoaştere; stările confuzive şi cele de suspendare a cunoştinţei au fost întîlnite într-o proporţie mai mare comparativ cu aceste manifestări existente la sexul feminin.

În timp ce femeile îşi manifestă suferinţa printr-o stare de depresie, de apatie, printr-un fel de cedare a luptei, bărbaţii devin irascibili, violenţi, agresivi, impulsivi, ca şi cum această stare permanentă de tensiune nervoasă le-ar asigura victoria într-o luptă în care nu vor să cedeze.

Am constatat că un procent de 42% din totalul simptomelor acuzate de către femei la internare aparţin grupei de vîrstă 36—45 ani, ceea ce se poate explica prin faptul că o parte a acuzelor au la bază modificările humorale petrecute în perioada premenopauzei.

O situaţie procentuală identică s-a constatat şi pentru sexul masculin. Am observat de asemenea că 3/4 din totalitatea simptomelor sînt acuzate de bolnavi pînă la vîrsta de 45 ani.

La examenul somatic am constatat că nu există nici un bolnav căruia să-i corespundă două sau mai multe afecţiuni, putîndu-se stabili aşadar semnul de egalitate între numărul bolnavilor şi numărul afecţiunilor somatice depistate la aceştia.

Deci un număr de 70 bolnavi, ceea ce reprezintă un procent de 92% din totalul bolnavilor studiaţi au la baza suferinţei lor psihice un substrat lezional organic. Nu putem preciza însă proporţia în care suferinţa biologică generează perturbarea psihică, şi nici proporţia modalităţii prin care nivelul de conştiinţă influenţează fondul biologic, armonizînd sau dezorganizînd homeostezia internă şi comportamentul adaptativ la mediul ambiant. Totuşi ţinînd seama de procesul semnificativ al existenţei unei leziuni obiective la bolnavii studiaţi, putem conchide că avem de a face în cazurile noastre cu reacţii nevrotiforme prin consens viscero-umoral, respectiv sindrom psiho-somatic.

În funcţie de participarea lor la crearea unei suferinţe psihice, afecţiunile somatice pot fi grupate după cum urmează:

— tulburări neurologice	26%
— afecţiuni digestive	18%
— afecţiuni respiratorii	10%
— afecţiuni carido-vasculare	10%
— afecţiuni endocrine	10%
— afecţiuni renale	8%

La bărbaţi am întîlnit într-o pondere mai mare (comparativ cu situaţiile corespunzătoare sexului feminin) următoarele afecţiuni: adenopatie, afecţiuni digestive, respiratoril, cardio-vasculare.

Scanned with OKEN Scanner

La sexul feminin predomină tulburările neurologice, endocrine, afecțiunile renale.

Restul afecțiunilor sînt distribuite în proporții aproximativ egale între cele două sexe.

Pentru sexul masculin, din totalul afecțiunilor somatice, mai mult de 1/2 sînt manifestate de către bolnavii cuprinși între 41—50 ani. Un procent de 45% din totalul afecțiunilor somatice întîlnite la sexul feminin aparține grupelor de vîrstă 36—45 ani.

Acest fapt demonstrează rolul important al factorului endocrin care se face răspunzător de o gamă largă de modificări biologice petrecute în organism în perioada premergătoare menopauzei și andropauzei.

Modificările psihice pe care le-am întîlnit la bolnavii pe care i-am avut în studiu, în funcție de frecvența lor sînt după cum urmează :

— modificări ale dispoziției	82%
— modificări ale percepției	69%
— modificări ale instinctelor	60%
— modificări de gîndire	58%
— modificări de memorie	42%
— modificări de comportament	35%
— modificări ale atenției	19%
— modiifcări de vorbire	13%
— modificări de personalitate	10%
— modificări ale voinței	9%
— halucinații	8%
— modificări ale sentimentelor	8%
— modificări sub forma lor de afect	3%

Nu am constatat o relație caracteristică între factorul vîrstă și modificările psihice ; am remarcat doar că vîrsta la care am întîlnit cele mai multe din aceste modificări este de 36—40 ani.

Cele mai importante modificări E.E.G. sînt în funcție de frecvența lor, așa după cum urmează :

— ritmul și undele teta 64% ; — vîrful, vîrf-undă 33% ; — traseu hipovoltat 24,4% ; — unde delta 6,6% ; — traseu hipervoltat 4,4%.

Numărul elementelor patologice înregistrate pe E.E.G. la sexul feminin este de patru ori mai mare, comparativ cu cel al bărbaților ; raportul de 4/1 necesită însă o corecție, dat fiind faptul că numărul de E.E.G.-uri înregistrate la sexul feminin este de aproximativ trei ori mai mare față de cel al sexului masculin, de unde rezultă o distribuție (în linii mari) egală a elementelor patologice E.E.G. între cele două sexe.

Vîrsta la care se înregistrează cele mai multe modificări E.E.G. este de 41—45 ani. Înregistrarea elementelor E.E.G. cu caracter patologic se focalizează în lobul occipital (45%), urmate de lobul temporar (33%), parietal (28%) și frontal (22%).

P.E.G.-ul poate evidenția modificări de poziție, mărime și formă a ventriculilor precum și aspecte ale spațiilor pericerebrale, malformații ventriculare, deformări și deplasări ventriculare, atrofii cortico-subcorticale, etc.

În cazurile studiate de noi s-au efectuat un număr de 18 P.E.G.-uri, din care 10 la sexul masculin și 8 la sexul feminin.

Dintre acestea, 44% au prezentat un aspect normal. Din totalul P.E.G.-urilor efectuate la femei, jumătate au fost normale ; această situație a fost întîlnită între 36—45 ani. Pentru bărbați, procentul de P.E.G. cu aspect normal a fost de 40% și a corespuns vîrstei de 21—30 ani.

Modificările corticale au fost prezente sub formă de atrofii cu localizare în regiunea frontală și temporală la femei și regiunea frontală și parietală la bărbați. Aceste zone de hipertansparență constatate pe P.E.G.-uri au fost întîlnite în 22% din cazuri, din care 50% aparținînd sexului feminin, la grupa de vîrstă 41—45 ani, iar 50% aparținînd sexului masculin, la aceeași grupă de vîrstă.

Modificări la nivelul ventriculelor s-au manifestat sub formă de dilatații simetrice ale acestora, și au fost prezente în 33,3% din cazuri, din care 66% au aparținut sexului masculin iar 33% sexului feminin.

— Aceste modiifcări au fost prezente într-un procent de 25% din P.E.G.-urile efectuate sexului feminin și au aparținut în întregime grupei de vîrstă 41—45 ani.

— Pentru sexul masculin aceste dilatații ventriculare s-au constatat în 40% din P.E.G.-urile acestui sex, procentul fiind repartizat în mod egal între grupele de vîrstă 31—35 ani și 41—45 ani. Așadar, din totalul modificărilor P.E.G. 60% au aparținut sexului masculin. Din totalul modiifcărilor P.E.G., 80% au fost constatate la grupa de vîrstă 41—45 ani, procent distribuit în mod egal pe cele două sexe, restul de 20% din modificările P.E.G. au aparținut bărbaților la grupa de vîrstă 31—35 ani.

Din cadrul modificărilor P.E.G., predomină dilatațiile simetrice ale ventriculelor, care au fost prezente în 33,3% din cazuri.

Elementele patologice în înregistrările P.E.G., au fost de 1,5 ori mai frecvente în rîndul bărbaților.

Vîrsta la care s-au înregistrat cele mai multe modificări P.E.G. au fost de 41—45 ani.

Am constatat în cazurile studiate de noi următoarele forme de manifestare ale crizelor eliptice :

— *Epilepsia Petit-Mal* a fost întîlnită la un număr de 20 de bolnavi, ceea ce corespunde la un procentaj de 26% din totalul epilepsiilor studiate. Epilepsia Petit-Mal s-a manifestat sub formă de absență epileptică în 40% din cazurile cu această formă de epilepsie, restul de 60% revenind echivalențelor epileptice.

Un procent de 40% din totalul epilepsiilor Petit-Mal au fost prezente la sexul masculin, procent distribuit în părți egale între absențe și echivalențe ; jumătate din cazuri prezentînd absențe epileptice au aparținut grupei de vîrstă 66—70 ani. Echivalențele au afectat în mod egal grupele de vîrstă 21—25 ani și 46—50 ani.

La sexul feminin, echivalențele au fost prezente într-un număr dublu față de absențele epileptice. Absențele au fost întîlnite în mod egal la grupele de vîrstă 41—45 ani și 46—50 ani, iar echivalențele s-au menținut într-un procent constant între 21 și 45 ani. Absențele au avut un caracter de absențe simple, dar și de absențe complexe, mai ales de tip mioclonic și atonic.

Epilepsia Grand-Mal a fost întîlnită în studiul nostru la un număr de 26 de cazuri, ceea ce înseamnă un procent de 34% din totalitatea epilepsilor, procent din care 46% revin sexului masculin iar restul de 54% revin sexului feminin.

La sexul feminin această formă de manifestare a crizei epileptice a fost întîlnită mai frecvent la grupa de vîrstă 36—40 ani, vîrstă căreia îi corespunde un procent de 42% din crizele de Grand-Mal ale sexului feminin ; pentru celelalte grupe de vîrstă (pînă la 50 ani), procentul se menține constant la cifra de 14%.

Pentru sexul masculin grupele de vîrstă de la 21—60 ani sînt în mod egal afectate.

Epilepsia Jacksoniană s-a manifestat cu o simptomatologie elementară *motorie* într-un număr de 10 cazuri, adică într-un procent de 13% din totalul epilepsiilor studiate ; această formă de epilepsie a fost reprezentată în 80% din cazuri de către sexul feminin și apoi distribuită în mod egal între grupele de vîrstă 21—40 ani.

În ceea ce privește sexul masculin, doar 7% dintre bărbați au prezentat crize epileptice sub acest aspect.

Crizele epileptice cu simptomatologie *senzitivo-senzorială* au fost întîlnite la un număr de 4 bolnavi (2 bărbați și 2 femei), adică la un procent de 5% din numărul bolnavilor cu epilepsie. Aceste crize s-au

Scanned with OKEN Scanner

manifestat sub formă de halucinaţii vizuale şi auditive îmbrăcînd caracter de halucinaţii simple. Această formă de epilepsie a fost acuzată de bărbaţi cu vîrsta cuprinsă între 56—60 ani, iar la femei, la vîrstă mult mai mică 15—20 ani. Aşadar, din totalul epilepsiilor cu simptomatologie elementară, un procent de 71% a revenit crizelor de tip motor.

Din cadrul crizelor cu *simptomatologie afectivă*, am întîlnit stări de depresie paroxistică la un număr de 4 cazuri (15%) în exclusivitate femei, cu vîrsta între 31—35 ani şi 46—50 ani, şi stări de iritabilitate explozivă la un număr de 2 bărbaţi cu vîrsta între 26—30 ani.

Căderea fără convulsii a fost întîlnită în 10% din cazuri din care 25% au revenit sexului masculin, la grupele de vîrstă 15—20 ani.

La femei, această formă de manifestare a epilepsiei a fost întîlnită mai ales la grupa de vîrstă 36—40 ani (4 cazuri) şi la 21—25 ani (2 cazuri).

Epilepsia morfeică a fost precizată la 2,5% din cazuri, aparţinînd în exclusivitate sexului feminin la 36—40 ani.

În funcţie de vîrstă, se constată că cele mai multe din crizele epileptice sînt prezente la grupa de vîrstă 36—40 ani, după care urmează grupele de vîrstă 31—35 ani şi 41—45 ani, cu un număr egal de cazuri.

Din studiul cu privire la debutul nevrotiform în epilepsie, efectuat în cadrul Spitalului clinic de psihiatrie „Socola", am concluzionat următoarele :

1. Am avut în studiu un număr de 76 de bolnavi, din care un procent de 65,7% a revenit sexului feminin, iar restul de 34,3% a revenit sexului masculin.

2. Cele mai multe din cazurile studiate au aparţinut grupelor de vîrstă cuprinse între 21—50 ani.

3. Mai mult de jumătate din internările anterioare stabilirii diagnosticului de epilepsie, au avut la bază suspiciunea diagnosticului de nevroză.

4. Un procent de 89,3% din numărul total al epilepsiilor sînt diagnosticate cu ocazia primelor trei internări.

Am constatat că pentru sexul feminin, stabilirea diagnosticului de epilepsie este posibil şi după un număr mai mare de internări, în timp ce pentru sexul masculin, 100% dintre epilepsii au fost diagnosticate în cadrul primelor trei internări.

Diagnosticul de epilepsie se formulează mai uşor pentru vîrstele mai tinere : pînă la vîrsta de 30 ani, marea majoritate a cazurilor au fost diagnosticate cu ocazia primelor 2 internări ; peste vîrsta de 30 ani, 60% din totalul epilepsiilor, au fost diagnosticate după 3 sau mai multe internări.

5. Diagnosticul de epilepsie se formulează în primii 3 ani de la prima internare într-un procent de 77,3%.

Pentru sexul masculin, diagnosticul de epilepsie se formulează mai uşor, în sensul că 85,9% din totalul de epilepsii întîlnite la bărbaţi, sînt diagnosticate în primii 3 ani.

Pentru sexul feminin, intervalul de timp necesar manifestării epilepsiei şi deci stabilirii diagnosticului ei, se lărgeşte pînă la un număr de 11 ani, deşi marea majoritate (70,8%) a epilepsiilor sînt de asemenea diagnosticate în primii 3 ani.

Pentru grupele de vîrstă mai tînără, diagnosticul de epilepsie se formulează mai rapid : pînă la vîrsta de 30 ani, 93% dintre epilepsiile întîlnite pînă la această vîrstă se diagnostichează în primul an de la internare.

6. Afecţiunea care predomină în antecedentele patologice ale cazurilor studiate este reprezentată de către traumatismul cranio-cerebral, care afectează 40% din numărul total al bolnavilor.

7. La internare bolnavii au acuzat cel mai frecvent tulburări ale funcţiilor afective, urmate de triada clinică clasică (cefalee-astenie, tulburări de somn).

Cele mai numeroase acuze de natură psihică au aparţinut grupei de vîrstă 36—40 ani.

8. În urma examenului somatic pe aparate, s-a constatat că tulburările de natură neurologică ocupă primul loc în cadrul manifestărilor de tip somatic întîlnite la bolnavi.

9. Modificările de dispoziţie şi de percepţie au fost principalele manifestări de natură psihică, starea de depresie precum şi prezenţa obsesiilor şi fobiilor, constituind principala preocupare sufletească a bolnavilor studiaţi.

10. Traseul E.E.G. a bolnavilor studiaţi se caracterizează printr-o predominenţă a undelor şi ritmului teta, precum şi prin prezenţa de vîrfuri sau vîrf-undă.

Cele mai multe elemente patologice de pe E.E.G.-uri au avut o focalizare în regiunea posterioară.

11. Din cadrul modificărilor pe E.E.G., predomină dilataţiile simetrice ale ventriculelor, modificări care s-au înregistrat de predilecţie între 41—45 ani.

12. Crizele epileptice s-au manifestat la bolnavii pe care i-am avut în studiu mai ales sub aspectul de epilepsie Grand-Mal.

Cele mai frecvente crize epileptice au fost întîlnite la bolnavii aparţinînd grupei de vîrstă 36—40 ani.

PSIHOZA DISCORDANTĂ ŞI CAPACITATEA DE INTEGRARE SOCIO—PROFESIONALĂ

— Date preliminare —

Stanciu Mihai

— Spitalul clinic de psihiatrie „Socola" — Iaşi

În această comunicare se fac referiri la cîteva din datele preliminare obţinute din studiul complex efectuat asupra a 142 bolnavi cu psihoză discordantă din municipiul Iaşi depistaţi, trataţi şi urmăriţi de Spitalul clinic de psihiatrie „Socola" Iaşi, pe o perioadă de 21 ani (1950—1970 inclusiv).

Şi, pentru a scoate în evidenţă marele succese obţinute în terapia acestei boli, se va face comparaţie cu datele publicate asupra modului de rezolvare a bolnavilor schizofreni înainte de aplicarea metodei de tratament cu insulină şi în mod special a celei chimioterapice, neuroleptice.

Mai întîi, cîteva din concluziile la care a ajuns A. Barmac în teza sa pentru doctorat în medicină şi chirurgie prezentată şi susţinută în februarie 1936 :

1. „Din numărul de 12 581 de bolnavi mintali trataţi în Spitalul „Socola" Iaşi, în timp de 30 de ani (1906—1936), au fost 1 420 cu demenţă precoce...".

2. „Durata căutării bolnavilor in Spital, de la internare şi pînă la moartea lor, este în medie de 926 zile pentru un bolnav...".

3. În 68% din cazuri, bolnavii au intrat o singură dată în Spital, unde au rămas pînă la moarte. În 32% din cazuri, au intrat şi ieşit din Spital de 2—5 ori".

4. În 52% din cazuri, de la începutul boalei lor şi pînă la moarte, bolnavii au stat acasă, în familiile lor între 1—6 luni. În 16%, de la 20—40 luni. În 10% din cazuri între 4—10 ani".

5. „Mortalitatea după durata bolii, a fost de 49,32% după 3 ani de boală. Între 1—7 ani de boală a fost

de 81,38%. Între 8—20 ani de boală, mortalitatea a fost de 18,63%.

6. „Din 270 bolnavi decedați la Spital în cursul anului 1934 am găsit 25 decese din cauza demenței precoce", iar mai departe referindu-se la condițiile războiului din 1916—1918 precizează că... „au decimat 3/4 din bolnavi".

Pentru lotul nostru de bolnavi, am efectuat un sondaj care la data de 30.VI.1977 am stabilit următoarele :

— Din 142 bolnavi, se găseau numai 24 internați în Spitalul clinic de psihiatrie „Socola" Iași, în secțiile sale exterioare sau în Spitalul Șipote ;

— În această perioadă au decedat 6 bolnavi din care : 4 cu T.B.C. de foarte mulți ani și două sinucideri ;

— Vîrsta medie a acestui lot la 30.VI.1977, era de 45 ani ;

— Vîrsta medie la care a debutat boala a fost la 23 ani ;

— Durata medie de evoluție a bolii în cadrul acestui lot este de 22 ani.

Din compararea datelor de mai sus, printre alte discuții care se pot duce, se ajunge la următoarele concluzii :

— Psihoza discordantă, dublată de tuberculoză sau alte afecțiuni, nu mai este grevată de o mortalitate atît de mare ca în trecut ;

— Numărul real al bolnavilor cu psihoză discordantă este evident mai mare din cauza prelungirii a vîrstei medii de viață a lor ;

— În spitale se găsesc internați pentru o perioadă mai mare sau mai mică, aproximativ 1/5, iar restul de 4/5 se găsesc în afara spitalelor. O mare parte din cei internați pentru o perioadă îndelungată nu au o familie care să-i întrețină. Specificăm că aproximativ 50% din ei, sînt pensionari sau primesc ajutor social ;

— În actualele condiții materiale, sociale și de tratament al acestei afecțiuni, s-a schimbat modul de a rezolva problemele impuse de această boală.

Referindu-se la echipa complexă care se ocupă de terapia și metodele întrebuințate în cadrul Centrului psihiatric Iași, prof. dr. P. Brânzei precizează că, „toate ne conduc la convingerea că terapia tridimensională ar fi cea mai indicată în momentul actual al evoluției asistenței psihiatrice".

Avînd în vedere cele de mai sus, considerăm că, în funcție de capacitatea de inserție a fiecărei bolnav, se impun luarea unor măsuri practice, organizatorice, care să urmărească :

Antrenarea în activități ergoterapice dirijate remunerate sau locuri de muncă adecvate, se asigură o mai bună existență materială a lor și a familiei din care fac parte ;

— Dispensarizarea activă care oferă posibilități de intervenții oportune în cazul unei noi decompensări ;

— Cele de mai sus ar ajuta la o mai rapidă și eficace schimbare a modului de a privi boala și bolnavul cu psihoză discordantă, care încă nu este la nivelul posibilității medicale de intervenție în această afecțiune, ce lovește în omul în plină formare sau început de afirmare.

The paper consists of preliminary comparative appreciations between the conclusions on patients suffering with schizophrenia hospitalized in The Clinical Hospital of Psychiatry „Socola" — Iași in the period 1906—1936 (group studied by A. Barmac, in his doctor's degree disertation in medicine and surgery 1936) — and a group of patients in the period 1950—1970 inclusively.

The references are being made on mortality in the hospital, period of hospitalization and insertion in the family, the age rate of life as well as the evolution of illness.

An evident progress has been recorded lately due to the social — economical changes as well as to the therapeutics administered after 1952 mainly.

PEISAJOTERAPIA CA FACTOR SANOGEN ÎN ANSAMBLUL MĂSURILOR PSIHOPROFILACTICE ȘI DE REABILITARE A BOLNAVILOR PSIHICI

M. Baltaru, Gr. Balanovschi, C. Carmazin
— Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola" — Iași

Subordonîndu-se unui imperativ categoric ce apare ca rezultat al exploziei forțelor de producție și a exploatării resurselor energiei pămîntului omul sec. al XX-lea devine tot mai mult un factor de prim ordin de care depinde echilibrul și armonia mediului înconjurător. Cadrul natural geografic, acolo unde nu a fost perturbat echilibrul ecologic, continuă să exercite influențe diferite asupra omului care se adaptează specificului climei, a florei, a resurselor naturale productive, și își modelează în funcție de aceasta unele dintre particularitățile existenței sale bio-psiho-sociale. Există zone cu un grad sporit de factori sanogeni naturali ce se utilizează în scopuri psiho-profilactic sau curativ, zone favorizînd de pildă : longevitatea sau zone natural-geografice favorizînd unele tulburări endocrine ca de ex. : gușa, hipertiroidia, sau diverse tulburări ale metabolismului. În situația în care mediul tinde să-și piardă funcția sa biotică corespunzătoare sănătății umane, știința „Landschaftului" (a peisajului natural) are menirea de restabilire și ameliorare sanogenă, iar ca element esențial în acest scop se recurge adesea, printre altele, la plantații de zone verzi sub diferite aspecte elaborate pe regiuni, pe profile de producție, pe specificul odihnei și activităților cetățenilor. Productivitatea umană individuală sau colectivă, ca latură definitorie a stării de sănătate, în afara proceselor de producție, a gradului și posibilității de rezistență, a aptitudinilor înnăscute, ș.a., depinde în primul rînd de condiția sa fiziologică și psihologică. În constituirea și menținerea capacității productive a omului, pe lîngă aspectele și influențele sociale, un rol deosebit de important îl exercită condițiile naturale ale mediului geografic. Astfel și de aceea de exemplu importanța odihnei în mediul natural a căpătat și capătă în ultimele decenii o semnificație tot mai deosebită. Tensiunile psihice și ritmul febril al activităților curente favorizează demodulări psihice de la limita cu normalități pînă la decompensări nevrotice sau psihotice putînd constitui adesea sursa unor încordări cu răsunet negativ pe plan social în viața personală și în domeniul sănătății publice. De aceea actualmente se consideră că una dintre metodele cele mai efective pentru prevenirea și chiar pentru tratamentul unor astfel de stări constă în scoaterea individului pentru un timp din mediul său artificial nociv și transpunerea sa într-un cadru natural, ceea ce ar favoriza eliberarea de presiunea anturajului și imperativului cotidian oferindu-se astfel

Scanned with OKEN Scanner

posibilitatea readaptării individuale şi a retrăirii senzaţiilor de confort psiho-somatic oferite de factorii naturali a elementelor active ale „Landschaftului". Pe plan psihiatric, dat fiind faptul că psihiatria ca disciplină operează cu modificări ale personalităţii cu tot palierul larg al demodulărilor sale, factorii naturali necesită a fi luaţi în considerare ca unul dintre elementele cele mai importante în ansamblul măsurilor psiho-profilactice şi care se afirmă cu atît mai pregnant cu cît tulburarea psihică este mai recentă şi are un aspect mai funcţional adică mai reversibil şi mai apropiat de normalitate. Ansamblul modalităţilor de acţiune a factorilor medico-geografici în domeniul psihiatriei ca şi substratul psihologic al acţiunii acestor factori este pe larg reprezentat în literatura medicală contemporană. Unii dintre cercetători explică, printre altele, atracţia individuală către zonele împădurite ca : reminiscenţa „sui generis" a omului modern de tip atavic. Aceste reminiscenţe se reliefează mai ales în epoca modernă cînd se confundă atît de uşor „viteza" cu „progresul" şi cînd imperativele febrile ale industrializării şi urbanizării accelerează la maximum ritmul construcţiilor şi al fabricaţiilor, astfel încît pădurea de ex. continuă să-şi afirme permanenţa sa amintind de timpul ce reclamă respect în ritmul său natural şi care predispune la gîndire echilibrată şi activitate spontană în cadrul echilibrului şi concordanţei cu mediul natural ca un reflex necondiţionat ce rezultă din convieţuirea de milenii a omului cu plantele şi cu natura. Necesitatea biotică a cadrului natural se explică de asemenea şi prin aceea că de ex. în zilele caniculare estivale omul tinde către aerul curat şi rece al muntelui simţind bucuria de a admira un peisaj verde în timp ce frigul ceţos al iernilor îi insuflă nostalgia culorilor vii, ale florilor abundente din sudul însorit. De aceea în fapt el se şi supune reflexelor sale naturale, a instinctelor atavice atunci cînd îşi îngrijeşte cu pasiune plantele din locuinţa sa sau îşi onorează cu buchete de flori masa sa de lucru. Metoda „placebo" a medicinii moderne contemporane poate înlocui pentru un timp fără urmări grave, medicamentele veritabile, însă factorii medico-geografici naturali în numeroase situaţii exercită o influenţă sanogenă de neînlocuit. Acţiunea factorilor naturali pe plan psiho-somatic nu poate fi explicată sau interpretată numai din punct de vedere psihologic sau fiziologic deoarece în realitate ea aparţine unui domeniu în care orice „sciziune" a unităţii ecologice om-mediu este aproape imposibil de operat. Rolul sanogen al factorilor naturali în ansamblul complexităţii elementelor lor constructive (elemente vizuale, raportul dintre volum şi spaţiu, culoarea, lumina, elementele auditive, foşnetul frunzelor în bătaia vîntului, elemente olfactive : mirosul speciilor, ozonarea apelor, a aerului s.a.) reprezintă în fapt substratul esenţial în stimularea şi menţinerea funcţiilor psiho-somatice ale individului.

Recunoaşterea principală şi unanimă a rolului sanogen al factorilor medio-naturali, presupune necesitatea unor metode obiective acceptabile de analiză şi valorificare exemplară a acţiunii acestor factori asupra organismului uman însă în realitate o astfel de metodologie încă nu în suficientă măsură este utilizată în practica medicală curentă. De aceea se impune a fi evidenţiată experienţa unor specialişti competenţi printre care la noi în ţară se impune indeosebi aceea a prof. Curmazin şi care printre altele sugerează anumite „reguli" privind de ex. raportul ce există între spaţiile verzi şi zonele largi deschise, între volum-distanţă şi îmbinarea elementelor constitutive ale „Landschaftului" în starea psiho-emoţională a individului, şi care, pentru a deveni eficientă ca metodă psiho-profilactică sau curativă impune necesitatea unor competenţe cu caracter interdisciplinar în scopul depăşirii observaţiilor intuitiv-empiriste actuale. De aceea ameliorarea şi organizarea zonelor natural-geografice şi a peisajelor terapiei active tinde să se înscrie ca una dintre metodele cele mai active atît pentru stimularea productivităţii active a oamenilor cît şi pentru utilizarea lor în organizarea unităţilor de asistenţă curativă şi profilactică şi care trebuie să constituie obiectul cercetărilor concordante a psihiatrilor, a medicilor, a arhitecţilor peisagişti, şi a tuturor organelor de decizie din domeniul apărării şi promovării sănătăţii publice.

În contextul consideraţiilor antemenţionate am întreprins o testare experimentală clinico-psihiologică asupra unui număr de 52 de pacienţi, selectaţi (20 bărbaţi şi 32 femei) de vîrstă cuprinsă între 20—40 ani, avînd o pregătire şcolară medie şi care, în cursul anului 1977 au fost internaţi în clinica psihiatrică pentru diverse demodulări psihice de tipul nevrozelor. Obiectul testării a constat din analiza de către pacienţi a unui număr de 32 de planşe reprezentînd peisaje în diverse expresii estetico-vitalizante şi înregistrarea reacţiilor psiho-emoţionale a celor supuşi testării. În scopul evitării unor eventuale stări inductive, cercetarea s-a efectuat individual.

În scopul eliminării pe cît posibil a factorului subiectiv, s-a procedat la o metodă comparativă de testare a unui grup de bolnavi concomitent cu testarea ca martor a cîtorva persoane normale.

În prealabil s-au testat reacţiile unui grup de bolnavi nevrotici, ignorîndu-se datele clinico-anamnestice şi evoluţia stării lor psihice. În partea a II-a a experimentului s-au selectat cazuri mai reprezentative de nevroze cu diverse forme clinice de manifestare de exemplu : nevroze de suprasolicitare, nevroze psiho-conflictuale, nevroze cu predominanţă obsesivă şi nevroze cu predominanţa fenomenelor depresive şi neuro-vegetative (cenestopatii).

După un instructaj scurt privind conţinutul experimentului şi scopul urmărit de cercetător, s-a utilizat un chestionar standard cu referire la efectul psiho-emoţional al imaginilor prezentate. Fiecare pacient a fost confruntat iniţial cu peisaje constrastante ca factor de acţiune (iritative-majore, sedative minore), analizîndu-se ulterior reacţia la celelalte tipuri de peisaje.

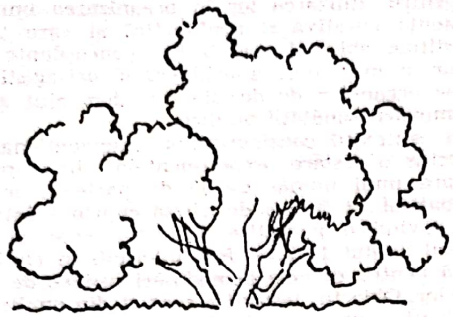
În aprecierea rezultatelor s-a ţinut cont de factori personali care ar fi putut eventual influenţa aspectul procesual al emoţiilor şi reacţiilor psihice testate (influenţă asupra latenţei, calităţii, sarcinei emoţionale a răspunsului etc.).

Rezultatele acestor testări şi răspunsurile primite au fost consemnate în fişe individuale speciale iar analiza lor oferă date globale deosebit de sugestive şi care se pot concretiza în cîteva constatări preliminare printre care de exemplu :

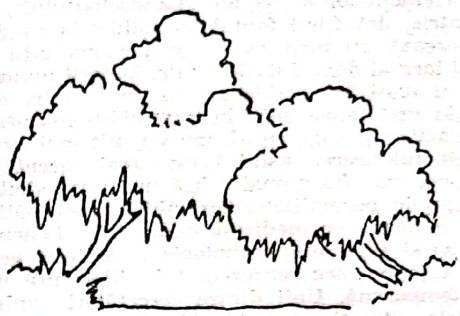
a) pacienţii prezentînd tulburări nevrotice cu predominanţa elementelor psihastenice (obsesivo-fobice sau de tip psihogenetic) (histeroid) (17 f. şi 8 b.) s-au dovedit a fi deosebit de receptivi la întreaga varietate a peisajelor prezentate. Trecerea de la analiza peisajelor minore la cele majore calificate după aspectul coronaţiei copacilor, a raporturilor dintre volum şi spaţiu, sau a profunzimii peisajelor a declanşat mai ales o abundenţă de impresii, comparaţii îndrăzneţe şi exteriorizări imaginative cu coloratură individuală (mai ales la prezentarea imaginilor 4—5, 6 — iritative şi 9—10 stimulative).

b) pacienţii suferinzi de nevroze aşa zis „actuale" adică cu predominanţa elementelor reactive cu sau fără manifestări neuro-vegetative exprimate (tulb. de somn, cefalee, parestezii) (18 cazuri) s-au dovedit a fi mai favorabil influenţaţi îndeosebi prin angajarea atenţiei şi proiectarea în afară a retrăirilor lor abnorme atunci cînd contemplau imagini reprezentînd jocuri de lumini şi umbre cu o mare varietate a nuanţelor coloristice sau a celor reprezentînd arbori încadraţi de boschete, bazine de apă şi locuri de odihnă retrase (exemplu planşele 25, 27, 28 şi altele) protectiv-inhibator.

Scanned with OKEN Scanner

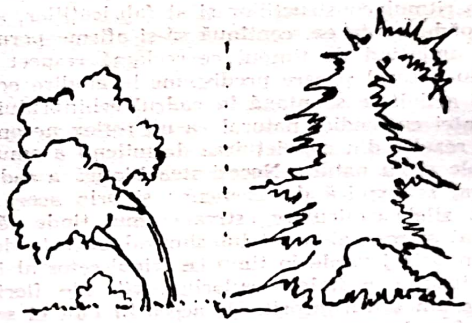


1.



2.

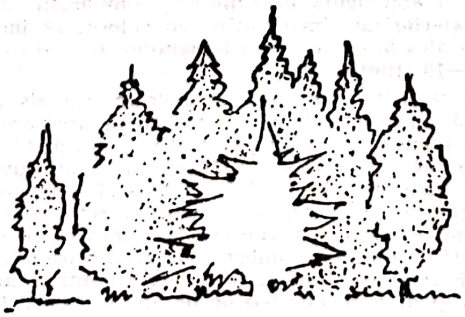
3.



4.

5.

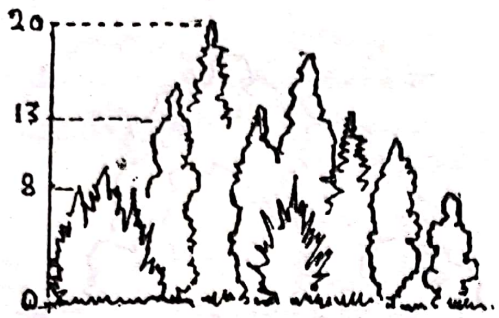
6.



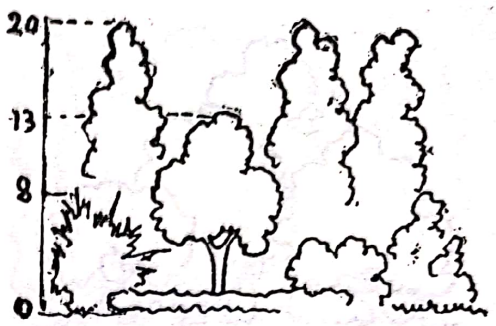
7.

8.

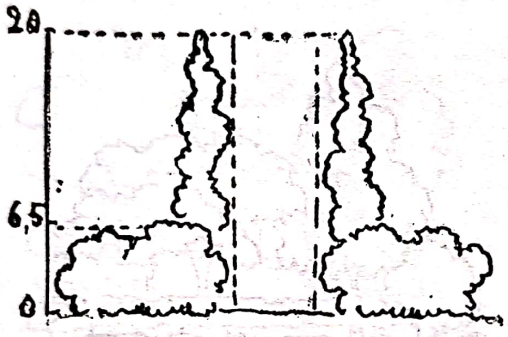
Scanned with OKEN Scanner



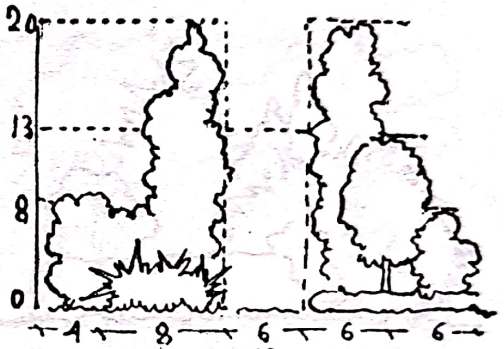
9.



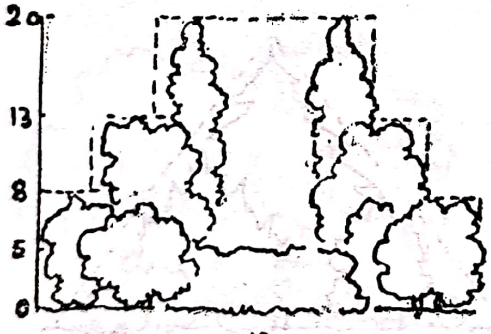
10



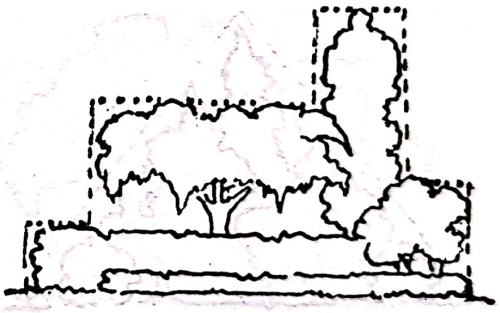
11.



12



13.



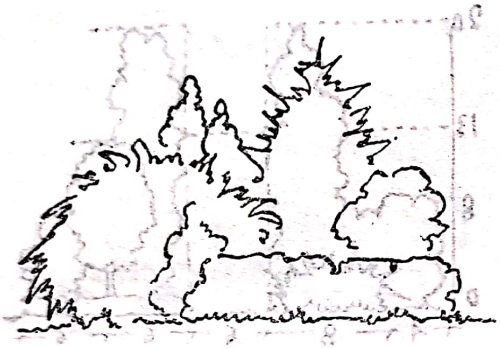
14.

15.

16

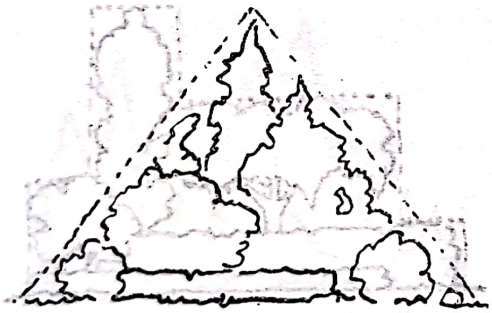
17

18

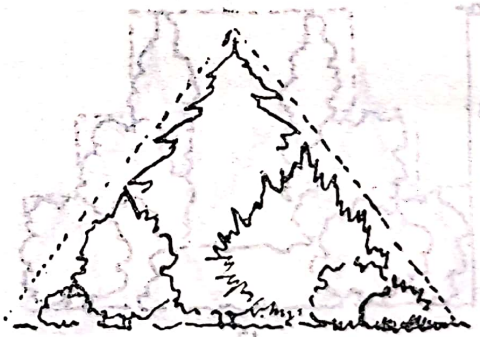


19

20



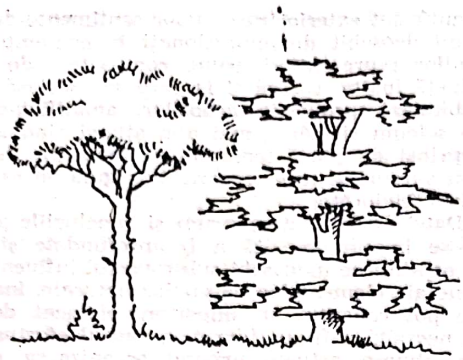
21



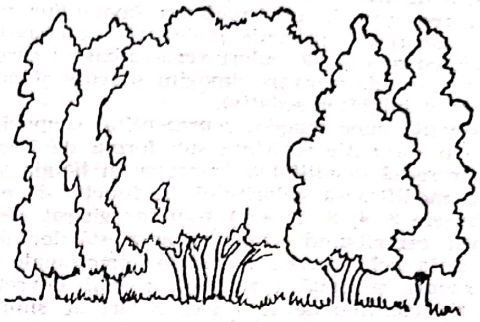
22

23

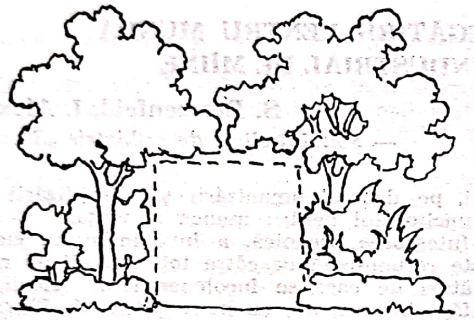
24.



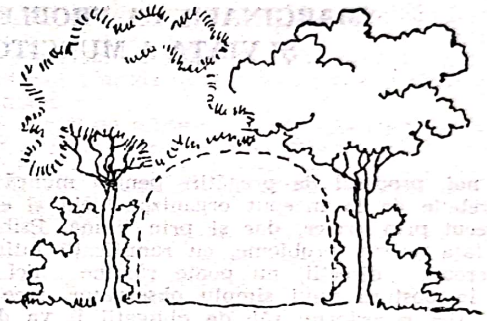
25.



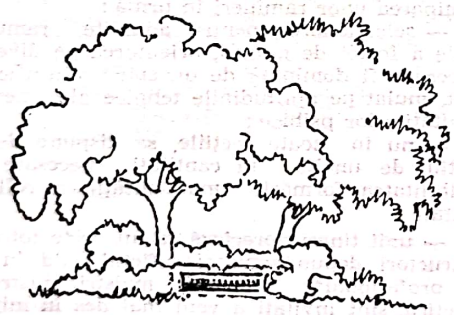
26



27.



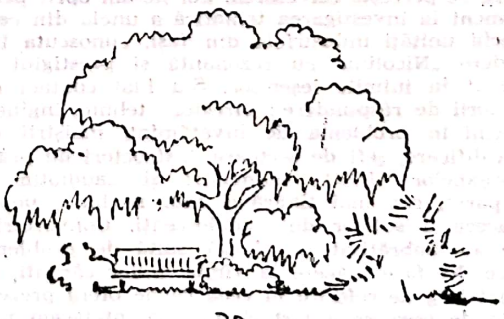
28



29.

30.

31.



32.

Scanned with OKEN Scanner

c) stările nevrotice cu predominența fenomenelor hipertimice de tip ciclotimic (12 cazuri) s-au dovedit a fi mai receptive la contemplarea imaginilor unor grupe de arbori cu coronație globulară, cu dispoziție asimetrică, cu nuanțe de culori verde-albastru care le ofereau senzații de relaxare, imagini plăcute și odihnitoare (efect inhibitor sedativ).

d) în situația unor imagini reprezentînd grupuri de copaci cu o coronație răsfrîntă sub formă de buchet și care sugerează mobilitatea frunzelor în bătaia vîntului, sau modificarea coloritului în funcție de anotimp (planșele 3, 4, 6, 25 ș.a.) s-au înregistrat efecte stimulatorii contribuind la atenuarea stărilor conflictuale și la echilibrarea retrăirilor emoționale îndeosebi asupra a două cazuri cu reacții nevrotice acute de tip conflictuale și a trei cazuri de simptomatologie nevrotică polimorfă cu evoluție trenantă.

e) majoritatea celor testați și indiferent de conținutul predominent al retrăirilor lor psiho-afective au manifestat exteriorizarea unor sentimente de optimism fiind deosebit de impresionați la contemplarea imaginilor reprezentînd grupe compacte de arbori cu siluetă înaltă, conică și la care se asociază arbuști ce subliniază proporția arborilor, amplificînd impresia de solemn și măreț, mai ales atunci cînd aceștia sînt cuprinși de jocul tomnatic al tonurilor de roșu-galben verzuri și care creează de regulă un aspect atractiv și înviorător.

Datele prezentate precum și concluziile preliminare ce se impun necesită a fi aprofundate și verificate în continuare îndeosebi sub raportul influențelor sanogene ale elementelor peisajelor naturale, însă totodată ele pot constitui un important element de referință ce necesită a fi considerat în cadrul eforturilor interdisciplinare actuale privind organizarea și practica măsurilor complexe psiho-profilactice și curative de apărare și promovare a sănătății mintale în lumea contemporană.

MARGINALII LA PROBLEMA PREGĂTIRII PENTRU MUNCĂ ȘI VIAȚA A MUNCITORULUI INDUSTRIAL DE MÎINE

S. Blumenfeld, I. Alexandrescu

— Spitalul clinic de psihiatrie „Socola" — Iași

După noi, procesul de pregătire pentru muncă și viață, trebuie de la început organizat lucid și exigent, trecut prin creier, dar și prin inimă. Psihiatrul în fața acestei probleme, cu ramificații întinse în numeroase direcții, nu poate rămîne nici el departe în postura unui simplu observator, rece și degajat. Aici repertoriul său de obligații îl va distribui nu atît în aria îngrijirii suferinței mintale apărute, deloc neglijabilă uneori în ambanța unor condiții de suprasolicitare, de stress continuu sau repetat, ci mai ales pe făgașul exigent dar cu perspective benefice ale psihoprofilaxiei.

Punctul de plecare al comunicării noastre îl constituie analiza factorilor cauzali în îmbolnăvirile unor elevi viitori muncitori industriali, internați în staționarul de specialitate. Din fericire ele apar cu aspecte clinice moderate, putînd fi risipite fără trene, în condițiile terapiei și a rezolvării favorabile a unor ecuații individualizate psihosocial, cu determinare psihopatogenă. Procese nevrotice, surprinse pe diferite trepte de evoluție, depresiunile psihogene reactive cu variate fizionomii afirmări malconduitale sau decompensările psihotice ale unor morbidități mintale latente, epuizează aproape în întregime seria afecțiunilor psihice posibile. Nr. mic de internări raportat la contingențele largi de adolescenți-elevi de pe platforma industriei ieșene și a altor județe limitrofe, dă o notă bună de la început orientării profesionale de calitate și ulterior, felului în care se desfășoară întregul proces de instruire și formare a personalității muncitorului de mîine.

În ceea ce privește cercetarea, noi ne-am oprit pentru moment la investigarea tematică a uneia din cele mai vechi unități industriale din Iași, cunoscuta întreprindere „Nicolina" cu rezonanță și prestigiul ei recunoscut în inimile ieșenilor. S-a luat contact cu toți factorii de răspundere : director tehnic, ingineri cu sarcini în problema de învățămînt, maiștrii de înaltă calificare, șefi de sectoare, instructori de practică, organelor U.T.C., muncitori și „audiatur et altera pars", cea mai tînără și mai fierbinte populația aceea a sutelor de adolescenți. Convorbirile directe au îmbrățișat o largă suită de probleme tematice. Ne face plăcere la vîrsta anilor cărunți, cu potențial larg de referire la ceea ce ne oferă prezentul față de ceea ce a fost cîndva, să înțelegem mai bine pasul mare făcut înainte, doar în cîteva decenii, pe drumul umanizării și științifizării pregătirii muncitorului pentru muncă și viață.

Integrarea organică, a învățămîntului cu practica, este recunoscută de către toți factorii de răspundere alături de care se încolonează și elevii, drept o înfăptuire recentă, cu mare eficiență. Elevii nu mai reprezintă simple piese pasive, cu rol de receptori, de depozitari de informații profesionale, ci cu conștiință critică, capabilă a discerne lucid faptele, evenimentele din jur în conexiunile lor multiple și complexe.

La Nicolina deși s-u obținut rezultate remarcabile, se simte încă necesară intensificarea efortului în eliminarea unor rămîneri în urmă :

1 — selecționarea pentru anumite ramuri industriale a forței de muncă, orientarea pe diverse secții, se cere a fi dominată de un spirit științific mai exigent, mulat pe aptitudinile tehnice ale tinerilor și pe afinitățile lor psihice ;

2 — nu în toate secțiile, se dispune de suficient spațiu, de unelte în cantități necesare, dîndu-se posibilitatea formării manualității, a reflexelor de calitate ;

3 — unii tineri apreciază că nu peste tot muncitorii instructori depun zelul și sufletul cald în formarea lor profesională. Inginerii, maiștrii, instructorii de practică, sînt invitați a veni mai des în mijlocul elevilor, muncitorii instructori simțindu-se astfel mereu controlați și stimulați. Există încă unii muncitori care ezită în a permite elevilor executarea unor anumite piese, de teama rebuturilor, fiind angajați personal, direct și necondiționat, într-o producție de calitate.

4 — Din acest motiv atît instructorii cît și mai ales elevii, solicită *generalizarea atelierelor-școală*, în condițiile cărora, pregătirea profesională poate atinge mult mai repede cotele dorite. Ca psihiatri, însă trebuie să ne oprim mai mult la aspectele pregătirii în uzină a tinerilor pentru viață. În general, se apreciază pozitiv desfășurarea acestei sarcini.

1. În unele situații însă e necesară încă îmbunătățirea condițiilor relaționale, cunoașterea mai adîncă a problemelor care frămîntă pe aceeași tineri. Evident nu toți au o personalitate șablon, o structură psihoafectivă identică.

2. Instructorii de practică avînd un număr mare de elevi nu reușesc a-i cunoaște decît în ansamblu. Ei nu posedă o fișă psihologică și socială a acestor

adolescenți și nu pot, lucru extrem de important, să informeze mai departe pe muncitorii-instructori, în legătură cu condițiile economico-sociale ale elevilor lor.

3. Tinerii manifestă dorința a cunoaște meseria nu după ureche, ca pe vremuri ci cu grijă paternă din partea celor investiți cu acest rol. Ei doresc să aibă maiștrii profesiei care să fie buni pedagogi în același timp, modele de comportare, cu suflet generos, atenți la problemele pe care le ridică viața lor în uzină și chiar dincolo de zidurile ei. Elevii cer vidarea indiferenței, participare afectivă, multă căldură umană pentru ca locul de muncă să devie o uzină-școală de formare optimă și pentru viață.

4. Tinerii refuză exemplele negative, pe muncitorii care mai beau și învață pe alții să bea, care îi pun mai mult să mătură sau să le facă cumpărături, decît să-i învețe meseria. În aceste condiții pot apare atitudini neprincipiale, altercații verbale nedorite, răceală în relații, alte păcate care proliferează stresuri, psihotraumatisme cu potențialul lor psihopatogen.

Ce ne spun muncitorii și instructorii de practică.

Mulți elevi sînt zeloși, manifestă în toate etapele activității o adevărată foame după cît mai multe cunoștințe, sînt disciplinați, punctuali, pertinenți și cu mult bun simț. Cei proveniți din mediul sătesc și navetiștii sînt mai ascultători, chiar mai harnici, cuminți, dacă nu cad în plasa unor prietenii nocive. Fetele, de asemeni depun eforturi mari a ține pasul cu băieții și nu rareori prin perseverență, prin măiestrie în mișcări și alte calități specifice sexului respectiv, reușesc chiar să-i întreacă. Există încă mulți elevi-navetiști, supuși la eforturi suplimentare. Ei obosesc repede, nu rezistă fizic și chiar psihic la solicitări, ceea ce impune prezența căminelor suplimentare.

În ceea ce privește pregătirea elevilor pentru viață, afirmă ei, nu facem încă totul, așa cum ar trebui. Nu toți sîntem la fel de capabili. Uneori ne ieșim din fire, lucrăm piese frumoase dar mai greu fabricăm calm. Recunoaștem că este loc pentru mai mult atît în pregătirea elevilor cît și pentru viață, pentru societate.

Facem mențiune în acest loc, că aceste constatări sînt valabile numai pentru această unitate. Desigur, e posibil ca în alte întreprinderi, situațiile să fie mai bune sau poate mai rele.

Ce propunem noi ?

1. În primul rînd cunoașterea cît mai aprofundată a elevilor, de către instructorul de practică și mai ales de muncitorul pregătitor, sufletul care trebuie să rămînă cel mai aproape de cel al elevului. Instructorul de practică, în pofida zecilor de tineri pe care îi are în observație să reușească totuși, să alcătuiască după investigații o fișă psihosocială cu datele primare cel puțin, privind viața elevului, urmînd a informa muncitorul instructor în legătură cu acestea.

2. Eventual s-ar putea solicita ca o asemenea caracterizare psihosocială s-o realizeze dirigintele capetelor de linie școlară (cl. VIII, X sau a XII) după caz, pe care s-o predea apoi unității productive spre documentare.

3. Selecția muncitorilor instructori și a instructorilor de practică să se facă cu discernămînt, dintre cei bine înzestrați moral și profesional.

4. Organizațiile de tineret, maiștrii, inginerii, să nu uite pe acești elevi, unii cu o viață plină de contraste, mereu în luptă la vîrsta lor cu dileme, cu greutăți care cer în rezolvare mîna întinsă de ajutor poate în primul rînd a acelora de o vîrstă cu ei. Se impun întîlniri mai frecvente cu viitorii muncitori, cunoașterea doleanțelor lor, a preferințelor, cu posibilitatea de a-și spune cuvîntul și ei deschis, sincer, golit de anxietate, de simț de inferioritate.

5. Se impune aplicarea unor măsuri adecvate celor în culpă cu devieri repetate în disciplină : fugi, învoiri depășite mult ca timp etc. Atenție la cei suprasolicitați cu probleme de viață greu de rezolvat care pot oricînd cădea pradă descurajării acute și chiar suferinței mintale.

6. Elevii au afirmat și instructorii au recunoscut că puțin frecvente sînt spectacolele pe care le vizionează, organizate de întreprindere, reuniunile tinerești dansante de sîmbătă seara, întîlnirile cu elevii altor unități industriale.

Ei solicită un cenaclu literar, seri de versuri și muzică, concerte în întreprindere, excursii în grup, o gazetă de perete proprie cu evidențieri la panoul de onoare în pozitiv și negativ, doleanțe care bine gîndite, multe din ele pot fi perfect realizate.

7. E greu în sfîrșit de conceput, considerăm noi, lipsa și în prezent a psihosociologului din majoritatea unităților mari industriale.

Aceștia trăind în mijlocul muncitorilor, a elevilor, cu posibilitățile lor de investigații specifice ar fi de un real ajutor.

Revenind la tineret, numai împlinind suita de cerințe ce se impun, considerăm că elevul de azi, muncitorul de mîine, se poate bucura într-adevăr din plin de măsurile pe care organele de stat, le acordă, simțind în fiecare clipă, acolo unde se află în uzină sau dincolo de ea, că aproape de inima lui bate puternic inima întregului colectiv din jurul său.

Așa va înțelege că pregătirea prin muncă și pentru muncă se îmbină armonios, se confundă chiar cu pregătirea lui pentru viață, pentru societatea de azi și de mîine.

Comunicarea noastră o considerăm o modestă schiță la o lucrare viitoare mai amplă.

Scanned with OKEN Scanner

implicaţiile stărilor ideo-afective şi ale relaţiilor de grup în raport cu specificul muncii

PSIHOPATOLOGIA RELAŢIEI INTERPERSONALE ÎN PRESENIUM ŞI CONDIŢIA PROFESIONALĂ

T. Pirozynski, Maria Pop, Gh. Tălău

Patologia vîrstei înaintate reţine o meritată atenţie în cercetările clinice, experimentale şi în observaţia comportamentului relaţional la condiţiile complexe ale ambianţei.

Psihiatria modernă şi-a însuşit un concept ontologic în cercetarea personalităţii, prin care particularităţile semiologice se ierarhizează genetic în marile etape ale vieţii şi în destinul de autorealizare prin funcţiile comportamentului.

Achiziţia unui important stoc de informaţii asupra homeostaziei de etapă a organismului uman şi asupra etapelor de vîrstă ale personalităţii au lăsat zone de parţială tranşanţă între unele aspecte ale senescenţei şi senilităţii, între presenium şi unele aspecte ale patologiei psiho-reactive. În acelaşi timp, suficiente realităţi se impun asistenţei psihiatrice pentru a-i perfecta criteriile de decizie şi acţiunile protective pentru sănătatea mintală a populaţiei în ambianţa sa de viaţă. Înaintarea în vîrstă deţine o pondere demografică confirmată şi în corelaţie cu aceasta — problematica unei psihopatologii expresive pentru relaţia cu factorii ecologici şi cei ai raportului interuman. Este cunoscută de asemenea creşterea morbidităţii prin bolile cardiovasculare şi alături de aceasta prin sindroame psihice cu sporirea în acelaşi ritm al solicitărilor de asistenţă clinică şi ambulatorie.

De asemenea, observaţiile noastre atestă semnificaţia patologiei cronogenetice la grupe de populaţie activă socio-profesional, faţă de care modalităţile asistenţei psihiatrice, inclusiv ale expertizei se supun unui concept medical integrativ antropologic şi social privind particularităţile relaţionale ale personalităţii la condiţiile concrete de viaţă ale ritmului civilizaţiei noastre. Urbanizarea şi industrializarea, mutaţiile demografice şi, în structura familiei, solicitările de bioritm şi schimbările în aspiraţiile personale ca şi reglementările multiple pe care le instituie ansamblul progresului social şi economic pot direcţiona uneori şi îndeosebi pe fondul uzurii cronogenetice, mecanisme patoplastice pentru comportamentul relaţional.

Biologia îmbătrînirii, a cronogenezei, este încă un domeniu incomplet al cunoştinţelor şi poate în prezent ea este mai bine surprinsă la nivel celular decît asupra întregului organism şi al individualităţii sale. Dezechilibrul hormonal, dismetabolia hidrocarbonatelor, a trigliceridelor, hipercolesterolemia, hipoactivitatea fibrinolitică sau tulburările de irigaţie sanguină descriu un cadru simptomatologic de intimă corelaţie patogenă cu factorii genetici, fizici şi psihologici ai procesului de îmbătrînire. Efectuarea unui bilanţ clinic nu exprimă cu fidelitate limitele capacităţii de funcţionare a organismului în ansamblul său şi mai ales a personalităţii în funcţiile sale de realizare socio-profesională.

În situaţiile de gravă perturbare a autoconducţiei şi a atitudinilor discriminative, diagnosticul şi prognoza medicală sînt dominate de modificările integrale ale personalităţii, stabilindu-se în consecinţă tipul şi forma de evoluţie a invalidării. Prezintă însă, particulara difcultate în opţiunea unei conduite faţă de capacitatea profesională cazurile cu dezvoltare psihopatologică esenţial nepsihotică şi care pun în discuţie o explicită corelaţie dintre modificările cronogenetice şi scăderea integrării la relaţiile de muncă.

În acest sens referinţa de bază a observaţiilor noastre o constituie analiza celor 309 cazuri, din internările în serviciul clinic gerontopsihiatrie pe durata de un an, a căror variată expresivitate a tabloului psihopatologic se intrerupeau atenţiei noastre alături de asistenţa clinică, prin masiva dominantă a aspectelor de precară integrare în relaţiile de grup şi profesiune.

Semnificaţia unitară a grupului de bolnavi analizată este polimorfismul clinic la etapa vîrstelor dintre 45 şi 60 ani în care acuzele subiective deţin caracterul de defect al comportamentului relaţional pînă la unele situaţii de eşec, iar evoluţia clinică cuprinde multipla varietate a unei dezvoltări psihopatologice reactive.

În acelaşi timp identificarea la toate cazurile cercetate a modificărilor neuro-endocrine metabolice şi vasculare cu semnificaţie patologică de presenium, a permis să considerăm expresivă valoarea cercetării clinice pentru relaţia ei cu condiţia capacităţii profesionale.

Structura pe sexe a bolnavilor este de 67% bărbaţi şi 23% femei. Ea arată o pondere crescută a bolnavilor de sex masculin, care rămîne constantă la toate grupele de vîrstă (grupate în diferenţe de 5 ani).

La ambele sexe structura pe vîrstă arată o proporţie de jumătate din bolnavii internaţi la grupa 45—50 ani, iar 80% sînt între 45 şi 55 ani. După această vîrstă ponderea scade la 10—15%.

Prezentarea sintetică a unei analize exhaustive privind psihopatologia clinică relevă predominanţa semnificativă a unei simptomatologii psiho-reactive.

Debutul clinic de cele mai dese ori se precizează prin conjunctura unui conflict a cărui conţinut poate fi fără o reală valoare traumatizantă, dar este antecedat de un comportament cu diverse forme de repliere prin instituirea progresivă a dificultăţilor de integrare. Starea de debut exprimă o simptomatologie dominant nevrotică cu agravări care particularizează evoluţia clinică prin dezvoltarea fobică, anxioasă, interpretativă sau hipocondriacă.

Evoluţia deşi trenantă nu anulează proiecţia socială a comportamentului şi atitudinea discriminativă a personalităţii. Eficienţa capacităţii pragmatice diferă însă după forma activităţii profesionale prestate, tipul relaţiilor de muncă, experienţa şi stereotipul profesional dobîndit şi numeroşi factori de relaţie interpersonală privind familia, grupul şi cadrul socio-cultural de existenţă.

Aprecierea capacităţii pragmatice în condiţiile exerciţiului profesional nu este fidelă cu rezultatele singulare ale unor explorări clinice şi psihometrice.

Scanned with OKEN Scanner

Astfel deşi fiecare explorare va stabili în parte deficite faţă de valorile de limită ale normalului, capacitatea de autorealizare în condiţia profesională se poate desfăşura fără modificări ale relaţiilor interpersonale.

Acest fapt este de altfel confirmat de numeroase observaţii privind exploatarea funcţiilor efectorii, a funcţiilor gnozice sau ale personalităţii. Este cunoscut rezultatul unor exploatări psihologice prin care evidenţiază în etapa clinică a presenilumului cu discrinie, modificările metabolice şi vasculare caracteristice, dificultăţile contactului intelectual prin hipoprosexie, hipomnezia, stereotipia gîndirii asociate labilităţii afective fără a stabili în consecinţă şi modificarea proiecţiei sociale a personalităţii.

Predominanţa simptomatologiei nevrotice care intercondiţionează relaţia ambietală şi cea din exerciţiul profesiunii poate deţine un caracter egofob exprimat în autoanaliză, în tensiune anxioasă, comportament abulic şi un apragmatism de eşec, deseori convertit într-o dezvoltare hipocondriacă.

Evoluţia tabloului clinic la o personalitate dizarmonică agravează în mod expresiv fenomenologia psihopatologică şi în egală măsură relaţiile interpersonale din cadrul integrării profesionale. Comportamentul impulsiv, puternica variantă afectivă ciclopată, complicaţiile toxicomanice sau erotice, dezvoltările interpretative, delirante şi cverulente ca şi preocuparea sau tentativele autolitice exprimă defectul de integrare agravant prin procesualitatea cronogenezei.

Cazuistica cea mai frecventă pentru acest tip de impact în relaţia interpersonală, cu expresia sa psihopatologică polimorfă şi reactivă realizează în acelaşi timp şi dificultatea deciziei privind conduita faţă de integrarea profesională. Examenul clinic, la concursul de regulă a unor multiple specialităţi medicale, rămîne relevant pentru atestarea unei invalidări cu pierderea capacităţii de integrare. Criteriul medical în asemenea cazuri îşi aduce o competentă contribuţie prin diferenţierea din polimorfismul unor tablouri psihopatologice cu agravări, remisiuni şi stadii libere, a formelor cu evoluţie progredientă, a veritabilelor psihoze afective sau delirante de involuţie.

Diferenţierea acestora din urmă stabileşte fără echivoc instituirea în postură a procedurilor recuperatorii medicale şi sociale.

Criteriile medicale în situaţiile clinice fără o dezvoltare progredientă psihotică deţine valoarea unei reglementări protective pentru bolnav în ceea ce priveşte relaţia interpersonală în cadrul condiţiei sale de viaţă şi profesiune.

Urmărind conservarea capacităţii de autorealizare în etapa care instituie reducerea morbidităţii adaptative dar conservă experienţa unei integrări profesionale însuşite, criteriul medical acţionează într-un concept ergonomic care conferă suport competent reglementării sociale a raportului dintre individ şi ambianţa sa.

Individualizarea situaţiilor clinice evită eroarea gravă a unei disociabilizări prin excluderea din sistemul de relaţii ale exerciţiului profesional, într-o etapă a existenţei în care mecanismele compensatorii ale comportamentului prin deficitul lor de uzură nu conferă şansa unei reintegrări. În acest sens observaţiile noastre clinice îndreptăţesc opţiunea pentru valoarea unei reglementări diferenţiate şi individualizate în cazurile cu modificări psihopatologice de presenium fără evoluţie progredientă reglementate prin concluziile expertizei psihiatrice care le elaborează dar a căror soluţionare poate fi stabilită numai în ansamblul măsurilor protective ale procesului de muncă.

ADDICŢIA LA DROG ŞI SATISFACŢIA PROFESIONALĂ

D. Baciu, Aurelia Sîrbu

— Clinica psihiatrică I.M.F. — Cluj-Napoca

Toxicomania, iniţial o problemă socială pentru sudul şi estul Asiei a devenit astăzi mai acută pentru continentul american şi vestul Europei.

În condiţiile social-istorice ale ţării noastre uzul de stupefiante este foarte restrîns, practic nesemnificativ. Practica medicală ne confruntă însă cu alcoolismul, cu abuzul faţă de unele medicamente ce dau dependenţă (barbiturice, meprobamat etc.). Se cunosc de asemenea personalităţi dizarmonice cu vădite tendinţe toxicofile. capabile să treacă de la un drog la altul.

Ne-am propus să ilustrăm acest tip de toxicofilie, succesul obţinut prin psihoterapie şi importanţa satisfacţiei profesionale în menţinerea compensării.

Este vorba de studiul longitudinal al unui caz de politoxicomanie pe fondul unei personalităţi dizarmonic structurate, caz ce se află în observaţia noastră de doi ani şi jumătate.

Bolnavul E. I. se internează prima dată într-un serviciu de psihiatrie în martie 1975 acuzînd o cefalee rebelă la tratamentele urmate pînă atunci ambulator sau în diverse spitale. Dorea pensionarea, ca ultimă şi parţială rezolvare a situaţiei sale.

Căsătorit, avînd un fiu de 15 ani şi o fiică de 7, nu-şi cunoaşte adevăraţii părinţi şi nu poate preciza antecedentele heredocolaterale. Dintre cele personale notăm : o scleroză pulmonară incipientă ; un hipotiroidism subclinic descoperit accidental ; o spondiloză diseminată cu radiculagii secundare ; un alcoolism cronic, niciodată tratat şi rezolvat cu doi ani înaintea internării „prin mijloace proprii de bord" sub impresia morţii mamei adoptive, urmată de moartea prin ciroză a celui mai bun prieten de pahar. Cefaleea care apăruse la scurt timp după renunţarea la alcool şi care devenise insuportabilă în ultimul an, o rezervăm pentru motivele internării. Din anamneză va reieşi că datorită cefaleei pacientul a devenit treptat un mare consumator de antinevralgice (cca. 20—30 tablete pe zi). Nu a prezentat fenomene de dependenţă.

Copilăria pacinetului nostru se va desfăşura în mediul părinţilor adoptivi, mici meseriaşi în mediul urban. Cu tot climatul hiperprotector va trăi acut situaţia sa de bastard, despre care va afla destul de devreme. Faptul că la tema de şcoală „ce lucrează tatăl meu" e silit „să scrie minciuni, pentru că el nu ştie ce lucrează tatăl său adevărat" ca şi alte probleme asemănătoare, constituie tot atîtea psihotraume precoce. Înscriindu-se într-un cerc vicios, părinţii adoptivi caută să „răscumpere" această lipsă, completînd astfel mediul patoplastic ce va contribui substanţial la structurarea dizarmonică a personalităţii viitorului pacient.

Va absolvi şcoala generală cu rezultate medii, iar pe cea profesională cu rezultate foarte bune. Începe să lucreze de la 18 ani la vechea fabrică de bujii „Triumf" care va deveni ulterior „Sinterom". Devine muncitor de înaltă calificare şi va avea o contribuţie activă la modernizarea primei fabrici de produse sintetizate, o tehnologie dintre cele mai moderne pe plan mondial. Această perioadă de existenţă va constitui sursa celor mai plăcute amintiri ale pacientului.

Diagnosticul nostru a fost : decompensare nevrotică anxioasă pe fond psihopat la un politoxicofil. Tratamentul a fost constituit din patru şedinţe de narco-

Scanned with OKEN Scanner

analiză, 200 mg tioridazin pe zi timp de 21 de zile după formula 50—50—100 mg şi psihoterapie individuală la două zile în şedinţe de 30—60 de minute. În cursul psihoterapiei s-a insistat asupra riscurilor derivate din structura toxicofilă a pacientului. S-a obţinut o bună anxioliză, dispariţia cefaleei şi compensarea structurei psihopate.

Aici vom aminti că în cursul acestei prime internări structura pacientului a fost în mod „fericit" subliniată de un element neaşteptat obţinut la narcoanaliză. În jurul vîrstei de cinci ani pacientul nostru a prezentat imagini eidetice. Important ne pare modul în care reuşea să-şi provoace eidetism şi anume respirînd la gura unui rezervor de benzină ce se afla în apropierea locului de joacă. De la vaporii de benzină la alcoolism şi apoi la antinevralgice, iată itinerariul capabil să creioneze o structură toxicofilă.

Remisiunea a fost bună şi relativ de lungă durată. După un an de evoluţie favorabilă, pacientul, căruia i se precizase să nu mai recurgă la nici un medicament din proprie iniţiativă, revine. De cîteva săptămîni, prezenta cefalee cu aceleaşi caracteristici. Examenul clinic, probele de laborator, examenul fundului de ochi nu relevă modificări. Din discuţie va reieşi că în cursul anului respectiv, pacientul sporise brusc fumatul, pe care îl considera inofensiv ajungînd de la 20 la 60 de ţigări pe zi. Am corelat fumatul cu structura toxicofilă datorită creşterii bruşce a consumului, în condiţiile în care renunţase la orice alt toxic. În cursul unei discuţii psihoterapice, pacientul cîştigă convingerea că trebuie să renunţe definitiv la fumat şi reuşeşte.

Pitorescul acestui caz al unui toxicofil care renunţă la alcool după o criză de conştiinţă, pentru a-l înlocui cu antinevralgice de care se va debarasa cu ajutorul chimioterapiei, dar devenind din fumător obişnuit un fumător malign, ne-a îndemnat să-i invităm la control periodic în clinică. Pacientul ne va frecventa întîi săptămînal, pentru a se stabiliza în jurul unui ritm de 15—20 zile. Cefaleea nu va mai ridica probleme în acest timp. Pentru netezirea asperităţilor personalităţii sale am administrat în decursul a nouă luni trei cure de 15 zile cu tioridazin în doză unică vesperală de 100 mg.

În această perioadă va apare la uzină perspectiva înfiinţării unei secţii de prototipuri, pe lîngă laboratoarele de cercetare ale Institutului politehnic. Pacientul nostru îşi va dori de la început să lucreze în această secţie şi va solicita în repetate rînduri şi un sprijin medical pentru obţinerea transferului. Va obţine transferul datorită calităţilor sale profesionale. După acest eveniment pacientul încetează vizitele la clinică. La două luni va apare soţia pacientului cu veşti îngrijorătoare. După nouă luni fără nicotină şi patru ani fără alcool, acesta reluase consumul celor două toxice. Mai exact venise acasă în stare de ebrietate, fumînd, după o zi obişnuită de lucru şi fără vreun eveniment special care să explice faptele. Afirma că nu mai are de ce să meargă la control, că bea pentru că aşa îi place, că o viaţă are omul etc. Va solicita totuşi asistenţă psihiatrică de îndată ce a apărut cefaleele, parcă mai intense decît prima dată. În prezent pacientul nostru totalizează şase luni de cînd a reuşit să renunţe pentru a doua oară la orice consum de toxic.

Chiar după restabilizarea stării psihice pacientul nu a reuşit să coreleze această recădere cu vreun eveniment, ori atare de fapte. Ştiind că reuşise să se transfere în secţia mult dorită, nu am insistat asupra condiţiilor de la locul de muncă. Ulterior, fără ca pacientul să realizeze vreo legătură, a reieşit că în primele două luni de funcţionare a noii secţii, acesta era încadrat cu muncitori, dar nu şi cu cercetătorii ale căror proiecte ar fi trebuit să le materializeze cei dintîi. În consecinţă în acest timp muncitorii secţiei nu aveau de lucru. Pentru a remedia această deficienţă, directorul întreprinderii îi dirija către secţiile cu rămîneri în urmă, să lucreze la bandă, muncă de rutină.

Apelînd la clasificarea lui Lewin (cit. după H. Ey.) putem să includem pacientul la grupa „excitantia", pentru vaporii de benzină şi alcool. Trecerea spre „diverse" prin fenacetină, căci aceasta a constituit fără îndoială partea interesantă din antinevralgic, şi apoi la nicotină s-a făcut mai tîrziu cînd pacientul era deja avertizat asupra structurii sale toxicofile, în contextul uzului la modul inofensiv, transformat în abuz tocmai de toxicofilia de care aminteam.

Debutul precoce, pacientul spelînd la vaporii de benzină în jurul vîrstei de cinci ani, este unul din datele de mare interes. Chiar şi faptul că amintirea acestui eveniment „s-a ascuns" în straturile profunde ale memoriei, evocarea apărînd în condiţiile dezanxietării prin narcoanaliză, nu sugerează trăirile de culpabilizare precoce şi intensă care vor însoţi consumul de toxic. De aici la anxietate şi la conversiunea acesteia în cefaleea care a devenit martora toxicomanului, se deschide calea pe care o descifrăm cu uşurinţă.

Prima perioadă de abstinenţă, în condiţiile în care pacientul nu ajunsese totuşi niciodată la dependenţă, cu motivaţia importantă a rezolvării cefaleei, cu un bun suport psihoterapic şi importante satisfacţii profesionale, va decurge fără eforturi pentru pacient.

Decompensarea vine să creioneze un important element ce a contribuit la susţinerea adaptării pacientului. Muncitor de înaltă calificare, obişnuit să realizeze piese necesare prototipurilor, obişnuit să lucreze la maşini de înaltă tehnicitate, în fine, obişnuit să fie adulat pentru performanţele sale, ajunge în virtutea împrejurărilor să execute piese de rutină, la bandă, cu mişcări stereotipe, în secţiile care au rămîneri în urmă faţă de plan.

Ne punem problema dacă mecanismul decompensării a fost lipsa satisfacţiei profesionale, obligaţia de a face o muncă stereotipă, de rutină, incapabilă să-i solicite potenţialul intelectual şi manualitatea, sau poate sentimentul că a fost nedreptăţi, cerîndu-i-se să facă o muncă sub calităţile sale, muncă ce îi răpea dreptul de a fi lăudat de şefi, de a fi admirat de colegi, care nu putea să-i ofere satisfacerea tendinţelor egofile, a eului narcisic, care îl arunca în anonimatul capabil să-i decompenseze structura dizarmonică abia stabilizată sub o pojghiţă subţire şi insuficientă. Desigur, răspunsul este complex, pendulînd între cele două supoziţii formulate anterior.

După reluarea consumului de alcool şi nicotină, cefaleea va apare în scurt timp (trei săptămîni) însoţită de disconfort somatic şi tendinţa de creştere pregnantă a dozelor. Renunţarea se face în condiţiile unui suport psihoterapic, fără chimioterapie. Mai rămîne de menţionat că după această a doua renunţare la drog, pacientul a devenit un pasionat pirogravor, îndeletnicire pe care a practicat-o sporadic înainte. De asemenea nu trebuie neglijat aportul important pe care l-a avut prezenţa copiilor în momentele cheie şi bunul transfer obţinut încă de la început, în cursul şedinţelor de narcoanaliză.

În sfîrşit, credem că putem puncta cele cîteva idei care se desprind cu pregnanţă :

— se confirmă existenţa structurilor toxicofile, care trec cu uşurinţă de la un drog la altul, cu mare toleranţă la toxic ;

— valoarea terapeutică a satisfacţiei profesionale în condiţiile în care munca solicită plenar calităţile individului, oferindu-i cadrul unei reale valorizări, în contrast cu efectele nocive ale unei activităţi de rutină ;

— importanţa psihoterapiei de susţinere în cazul unei structuri dizarmonice, pentru profilaxia decompensărilor ;

Scanned with OKEN Scanner

— utilizarea unor preocupări extraprofesionale (Hobby) capabilă să atenueze deficitul dintre inadaptabilitatea structurii dizarmonice şi cerinţele mediului social.

The authors start from the presentation of a pacient studied longitudinally which under medical control for two years and a half. The toxicophyplic pacient resorted in turn to gasoline steams, alcohol, phenacetine and nicotine (60 cigarettes a day). Under disintoxication the patient will be free of drugs for two years.

A return to the use of alcohol and smoking under a professional dissatisfaction offers the authors the possibility of a discussion concerning :

— a confirmation of a toxicophylic structure which pass easily from a drug to another, with a great tolerance to the drug ;

— the therapeutic values of the professional satisfaction when work fully asks for the individual's qualities, offering the conditions of a real fulfilment in contrast with the harmfulness of a routine-activity. The importance of a support psychotherapy for a disharmonions structure, when dealing with decompensation prophylaxis. The use of some extraprofessional activity (hobby) being able to attenuate the crack between the disharmonious structure inadaptability and the requirements of the social environment.

So we stressed the importance of these elements and the necessity that the psychiatrist may influence the professional reorientation, and the social context the patient is given to during postcure.

PARTICULARITĂŢI DE INTEGRARE A MUNCITORILOR TINERI ÎNTR-O ÎNTREPRINDERE ELECTROTEHNICĂ

Georgeta Mihail, Gh. Bălăceanu, Fl. Iliescu, D. Mihăilă, Doina Popa, Ana Zlăvog

Cuprinderea tot mai mare a tineretului de ambele sexe în rîndul persoanelor active din industrie, ne-a determinat să abordăm problema integrării profesionale într-o întreprindere în care majoritatea angajaţilor sînt tineri absolvenţi ai şcolilor medii tehnice şi profesionale. Eşantionul, în număr de 208 persoane, prezintă următoarea structură :

	Vîrsta						
	18—20		23—27		28—32		
	femei	bărbaţi	femei	bărbaţi	femei	bărbaţi	Total %
Căsătoriţi cu copii	7	1	15	7	4	7	19,2
Căsătoriţi fără copii	13	1	12	7	1	—	17,8
Necăsătoriţi	82	26	12	9	1	1	62,9

Se observă că, mai bine de 2/3 din lot sînt tineri necăsătoriţi, cei mai mulţi în vîrstă de pînă la 22 de ani, ponderea deţinînd-o sexul feminin.

Calificarea pentru meseria exercitată s-a realizat prin :

	Femei	Bărbaţi	Total %
Şcoală profesională	35	19	54
Ucenicie la locul de muncă	23,5	4,5	28
Calificare medie tehnică	14,4	6,3	20,7

Un procent redus de tineri urmează şi două forme de calificare. Munca este monotonă, repetitivă şi se execută stînd pe scaun.

Metodologie. S-a utilizat un chestionar care viza indicatorii integrării profesionale şi o serie de opinii ale subiecţilor în probleme legate de cadrul fizic şi psihosocial al muncii şi efectele activităţii asupra organismului. Chestionarul a fost completat de subiecţi.

Rezultate şi discuţii. Un prim indicator urmărit a fost motivul pentru care tinerii lucrează în întreprindere, întrebare la care au răspuns 77,8%, pe primul loc situîndu-se răspunsul „mi-a plăcut meseria", 29,8%, pe celelalte locuri urmînd avantajele meseriei 5,7%, atracţia întreprinderii 5,2%, pentru a cîştiga existenţa 4,8% şi alte motive între care apare destul de des întîmplarea, 32,3%. Pornind de la această constatare am urmărit cum a evoluat motivaţia pînă în prezent prin exprimarea ataşamentului faţă de meserie ; a rezultat că la 64% le place meseria practicată, 30,3% manifestă o adeziune medie, iar 4,8% declară că nu le place meseria actuală. Considerînd că printre cauzele slabei adeziuni la meseria practicată se numără prestarea unei munci în afara pregătirii şcolare sau a unei munci necorespunzătoare posibilităţilor individuale, am urmărit şi aceste variabile, obţinînd că 84,6% lucrează în meseria pentru care s-au pregătit şi prestează o muncă pe măsura capacităţilor, iar 13,4% consideră că munca efectuată este sub posibilităţi (11%) sau peste posibilităţi (2,4%), cauzele principale invocate fiind lipsa de posturi, repartizarea iniţială necorespunzătoare sau schimbarea locului de muncă din proprie dorinţă.

La întrebarea „dacă se simt mulţumiţi de tot ceea ce este legat de meseria şi munca lor în întreprindere", am obţinut aproape aceleaşi procentaje ca la întrebarea ce viza adeziunea la meseria practicată, fapt ce ne face să spunem că plăcerea meseriei este o condiţie esenţială a integrării socio-profesionale. Întrucît dintre cei care răspund că le place mult şi foarte mult profesia, procentajul femeilor este mai mare, putem spune că femeile dispun de o mai mare capacitate de adaptare la solicitările unei munci monotone şi repetitive specifice unei întreprinderi electrotehnice. Această afirmaţie este dovedită şi de perioada de acomodare la muncă, perioadă care este mai scurtă decît la bărbaţi (cîteva zile pînă la 2—3 luni, faţă de cîteva zile pînă la 1 an şi peste, la bărbaţi).

Pentru a putea aprecia şi influenţa altor factori în procesul de adaptare, am investigat opinia faţă de condiţiile de muncă, factorii de microclimat şi psihosociali. Privind factorii de microclimat, sînt acuzate cel mai des : lipsa de aer curat (43,3%), zgomot (43,7%), căldura (32,7%), curenţii de aer (30,8%), mirosurile neplăcute cauzate de ciocanele de lipit şi alte materiale utilizate (25,5%), lumina insuficientă (24%) şi altele, procentajele celor cu acuze fiind crescute la bărbaţi. Din aceste procente reiese că o parte din subiecţi sînt supăraţi direct de o serie de factori fizici ai mediului de muncă, în cazul nostru bărbaţii, avînd şi o adeziune mai redusă decît femeile la meseria

Scanned with OKEN Scanner

practicată, simt mai mult nocivitatea unor factori de mediu.

Ştiut fiind că o importantă influenţă se manifestă din partea climatului psihosocial al muncii, am urmărit relaţiile interpersonale orizontale şi verticale; primele, ne dezvăluie o atmosferă favorabilă unei înţelegeri la locul de muncă, atmosferă care însă nu se extinde şi în viaţa extrauzinală a tinerilor, întîlnirile lor în afara întreprinderii avînd loc în majoritate întîmplător sau rar, la ocazii. Analiza relaţiilor verticale scoate în evidenţă un procent de 19,3% care se simt nemulţumiţi de relaţiile lor cu şefii, nemulţumire ce rezultă din lipsa de înţelegere, atitudinea părtinitoare, un slab spirit organizatoric şi o greşită înţelegere a autorităţii din partea unor şefi, acuze care în parte par nejustificate întrucîtva, deoarece 87,5% afirmă că şefii îi apreciază la justa lor valoare sau chiar îi supraapreciază şi doar 6,2% se simt subapreciaţi.

Participarea tinerilor la hotărîrile ce se iau în legătură cu munca lor, este slabă, doar 14% afirmînd că li se cere părerea cînd se iau inumite hotărîri, dar această redusă participare la decizii, se explică printr-un interes redus al tinerilor faţă de mecansimul elaborării deciziilor, elaborarea fiind lăsată doar pe seama cadrului de conducere, ceea ce duce la scăderea funcţionalităţii şi eficienţei deciziilor şi indirect la diminuarea satisfacţiei muncitorilor.

Efectele solicitărilor muncii sînt prezente însă fără a justifica un grad de inadaptare totală. Din precizarea subiectivă a momentului instalării oboselii, reiese că femeile obosesc mai repede, dat fiind şi solicitările lor extraprofesionale. Cauză şi efect al oboselii apar şi tulburările de somn (somn neodihnitor, dificultăţi la readormire, coşmaruri, vise profesionale) în procente de 22—40% în special la femei. Simptomatologia nevrotiformă şi distoniile neurovegetative acuzate mai mult de bărbaţi sînt explicate de subsolicitarea în meserie şi mai acută nevoie de mişcare a acestora.

Fluctuaţia latentă ca efect potenţial al multora din factorii prezentaţi indică o fluctuaţie latentă intrauzinală la 30,8% a cărei motivaţii se canalizează pe dorinţa de a ocupa un post care să solicite mai mult cunoştinţele acumulate în perioada şcolarizării şi o fluctuaţie latentă extrauzinală la 38% dintre care mai bine de 2/3 în aceeaşi profesie din acelaşi motiv expus mai sus.

Concluzii. Din datele noastre rezultă că un procent de 13—14% din lotul cercetat reprezintă neintegraţii subiectivi, procent mult redus faţă de 1/3 sau 1/4 rezultaţi din cercetarea cedusă de Ovidiu Bădina cu cîţiva ani în urmă. Această comparaţie ne îndreptăţeşte să credem că în contextul unor condiţii de muncă moderne şi a unei satisfacţii materiale superioare a muncii, procesul de integrare profesională a tinerilor se produce mai repede şi la un procent mai mare de angajaţi, numărul neintegraţilor subiectivi scăzînd mult. Paralel cu acest proces de adaptare şi integrare profesională rapidă, s-ar părea că se reduce întrucîtva nivelul integrării psihosociale a tinerilor în viaţa totală a întreprinderii, viaţa extrauzinală a tînărului tinzînd a se desprinde de contextul întreprinderii şi de loisirul dirijat, tinerii formîndu-şi grupuri de apartenenţă psihosocială mici în vederea petrecerii timpului liber; un alt motiv este şi tendinţa către solitudine a unei părţi mari de tineri cauzată de continuarea studiilor şi de faptul că timpul liber este ocupat în cea mai mare parte de lectură, un loisir sărac, am putea spune.

Motivaţiile fluctuaţiilor latente ne atrag atenţia că tînărul zilelor noastre doreşte să ocupe locuri de muncă unde să-i fie solicitate în totalitate capacităţile şi cunoştinţele acumulate, situaţia inversă împreună cu acuzele subiective de oboseală traduse prin tulburări de somn, simptome nevrotiforme, intoleranţă la zgomot, etc., ar putea constitui debuturile unor eventuale stări patologice care să diminueze capacitatea de adaptare bio-psiho-socială a individului.

Studiul factorilor integrării profesionale necesită a fi adîncit în vederea decelării ponderii fiecărui factor în realizarea sau nerealizarea integrării socioprofesionale.

By means of a checklist a number of 208 young workers in a modern electronic industry were investigated. It resulted that 13—14% of them, either they don't like their job, or they are dissatisfied from different reasons, depending on their work community. This percentage of subjectively nonintegrated young workers is reduced, as compared with another group investigated many years ago. It means that modern work conditions and material satisfactions determined a rapid integration process.

The reasons of the latent fluctuations observed among them stress upon the necessity of the complete solicitation of the young workers, corresponding with their occupational training. On the contrary, the insufficient solicitation of the work capacity and the monotony associated with subjective complaints such as: fatigue, sleep disturbances or neurotic symptomatology might diminish their occupational adaptation and integration possibilities and generate some pathological states.

INDIVID ŞI MEDIU INDUSTRIAL: ADAPTARE ŞI RISC PSIHOPATOLOGIC

Al. Olaru, I. Bălan
— Craiova

Cercetarea de faţă s-a efectuat la uzina Electroputere Craiova, urmărindu-se pe o perioadă de 10 ani (1966—1975) *implicaţiile individuale în riscul de îmbolnăvire şi accidentare*, ca şi *mecanismele psihologice ce au intervenit în acestea.*

Metodologia aplicată a constat în: analiza dosarelor de protecţia muncii, cercetarea trăsăturilor de personalitate a unui grup de 30 muncitori accidentaţi şi a unui grup de 30 muncitori-martori (neaccidentaţi) după *chestionarul de temperament şi personalitate Guilford-Ziemmermann.* În scopul decelării *mecanismelor psihologice* ce intervin în atitudinea faţă de riscul de accident şi îmbolnăvire am conceput un chestionar de participare a acestora.

Analiza dosarelor accidentaţilor întocmite de cabinetul de protecţia muncii pe perioada indicată furnizează următoarele date: *factorii de mediu tehnico-organizatorici* particpă la producerea îmbolnăvirilor şi accidentelor în procent de 25,5%, iar *factorii individuali* în procent de 74,5%. Aceste date procentuale pot avea un coeficient de eroare-corecţie evidenţiabil prin faptul că multe dosare de la protecţia muncii indică drept cauză a îmbolnăvirilor şi accidentelor „minimalizarea de către muncitor a pericolului". Din acestea rezultă că unor evaluări diferite pe care le fac muncitorii asupra unor pericole date vor corespunde comportamente diferite. Acestea sînt *comportamente de risc* ce se desfăşoară într-o *situaţie de risc.* Situaţia de risc implică cel puţin două variante de acţiune, în care factorii individuali şi de mediu se interferează astfel: fiind dată o singură variantă de acţiune asistăm la desfăşurarea a cel puţin două evenimente —

unul dezirabil (de satisfacţie) cînd acţiunea reuşeşte şi altul indezirabil (de instatisfacţie) cînd acţiunea eşuează. În aanliza acestui fapt intervin două nivele: unul obiectiv şi altul subiectiv, ce conţine aprecierea muncitorului asupra realităţii desfăşurate. În consecinţă se impune distincţia între *risc* şi *pericol*. *Riscul* ne apare ca o urmare a perceperii subiective şi ca o funcţie dependentă de evaluarea situaţiei, adică riscul ţine de subiect şi nu reprezintă o descriere a obiectivităţii (a mediului). Spre exemplu, un utilaj nu reprezintă un risc de îmbolnăvire şi accidentare, ci un *pericol* de îmbolnăvire-accidentare. Pericolul ne apare astfel ca o proprietate a mediului şi nu a subiectului. Mărimea (cantitatea) pericolului depinde de evaluarea pierderii posibile şi de mărimea probabilităţii de a se produce pierderea (riscul). Mărimea (cantitatea) riscului este în funcţie de evaluarea subiectivă a mărimii pericolului şi de mărimea utilităţii (pierderii) percepute şi a probabilităţii subiective de eşec. A vorbi despre natura riscului înseamnă a vorbi despre acceptarea unei anumite cantităţi (mărimi) a riscului, de o calitate, de o natură diferită. Natura (calitatea) riscului este dată de natura pierderii luată în consideraţie de subiect şi este dependentă de necesităţile frustrate de pierdere. *Decizia* emisă de muncitor este în funcţie de trăsăturile personalităţii sale. Chestionarul Guilford-Zimmermann aplicat la cele două grupe de muncitori (accidentaţi şi de control) a stabilit că accidentaţii prezintă un dezechilibru temperamental şi afectiv. Decizia depinde de variabile modelatoare ca: necesitatea de realizare, teama de eşec, defensivitatea, anxietatea, hipermotivitatea. Interacţiunile dintre nivelele acestor variabile ne informează asupra modului cum va primi sarcina de decizie un anumit muncitor şi asupra tipului de decizie ce îl va lua.

Chestionarul de investigare a atitudinii faţă de riscul de îmbolnăvire şi accidentare a cuprins un număr de întrebări grupate în funcţie de factorul urmărit, aplicat la aceleaşi grupe de muncitori, urmărindu-se gradul de conştientizare a riscului de îmbolnăvire-accidentare, în raport cu două nivele: a) un nivel de reflectare mai vagă, abstractă, difuză a pierderilor posibile şi b) un nivel de reflectare mai precisă, mai concretă a posibilităţilor de îmbolnăvire-accidentare (tabel 1).

Nivel al conştientizării:	Proximitate: Secţia		Loc de muncă	
	Natura: Accidentare	Îmbolnăvire	Accidentare	Îmbolnăvire
Difuz	nr. 22	nr. 23	nr. 18 nr. 26	nr. 19 nr. 27
Concret	nr. 20	nr. 21	nr. 24	nr. 25

S-au luat în consideraţie următoarele dimensiuni: a) *proximitatea*, adică distanţa dintre muncitor şi pericol, în care se deosebesc: locul de muncă (pericol mai aproape de subiect) şi secţia (pericol mai departe de subiect); b) *dimensiunea îmbolnăvire-accidentare*, înscriindu-se între polul unei apariţii lente (îmbolnăvire) şi acela al unei apariţii bruşte, violente (accidentare) a pericolului. Diferenţiem trei distanţe de acţiune a pericolului: secţia, locul de muncă, persoana proprie şi a colegilor. Deoarece îmbolnăvirea nu are aspectul unui eveniment clar şi delimitat în timp, ci el se desfăşoară lent în timp, investigăm aşteptarea muncitorului numai referitor la accident. Numărul mare de variabile obţinute a impus prelucrarea electronică a datelor: s-a calculat Ro pentru toate dimensiunile arătate pentru ambele grupe.

Rezultate obţinute: Evaluarea pierderii posibile. Dimensiunea difuz-confuz (tabel 2).

	Concret / Difuz
Accident	Accident →
	Îmbolnăvire →
Îmbolnăvire	Secţia →
	loc de muncă →

Deşi prezintă diferenţe concrete de mărime în funcţie de proximitate şi natura pericolului considerat, tendinţa constatată este de a cota cu o notă mai mare pericolele abstracte decît pericolele concrete determinate şi numite precis. Adică, pe măsura concretizării sale (apropiere de muncitor) pericolul pare a se diminua. Aici intervine un mecanism inconştient de apărare a persoanei cu efecte negative în angajarea muncitorului în acţiunea concretă de diminuare a pericolului real. Se diferenţiază două nivele de înţelegere a periculozităţii mediului, ce par ca dependente. Calcularea lui Ro pentru cele două grupe investigate, între nivelul difuz şi concret al evaluării pericolului de îmbolnăvire-accidentare nu arată diferenţe semnificative între subiecţii celor două grupe. Ro indică o strînsă relaţie între nivelul difuz şi cel concret al evaluării pericolului de îmbolnăvire (Ro = 32,20) şi a pericolului de accident (Ro = 71,70). Concluzia practică ce decurge din acestea este că ridicarea gradului de conştientizare a pericolelor concrete ce există la locul de muncă al muncitorului are influenţă asupra atitudinii sale şi faţă de celelalte pericole, favorizînd un mod de a înţelege situaţiile de muncă în perspectiva securităţii. Conştientizarea pericolelor concrete (îmbolnăvire-accidentare) depinde puternic de gradul de şcolarizare (Ro = 70,72, 79, respectiv 72, 71, 73, 79), ceea ce ridică problema posibilităţilor de formare a atitudinilor de securitate printr-un proces adecvat.

Dimensiunea accidentare-îmbolnăvire (tabel 3).

	Accidentare / Îmbolnăvire
Secţia	Difuz →
	Concret →
Locul de muncă	Difuz →
	Concret →

Din datele de mai sus reiese tendinţa de a evalua mai concret pericolul de accidentare decît pe cel de îmbolnăvire. Această tendinţă este mai redusă pentru pericolele aflate la o distanţă mai mică faţă de subiect. Diferenţa se produce datorită modului diferit de acţiune a pericolului de accidentare (clar delimitat în timp) şi a celui de îmbolnăvire. Muncitorii care apreciază mai corect pericolul de accidentare sînt aceia care apreciază relativ corect şi pericolul de îmbolnăvire, cu toate că valoarea absolută a pericolului scade.

	Secţie / Loc de muncă
Difuz	Accident →
	Îmbolnăviri →
Concret	Accident →
	Îmbolnăviri →

Din datele de mai sus reiese că la nivel difuz pentru pericolul de îmbolnăvire şi accidentare se produce o minimalizare subiectivă pe măsură ce acesta se apropie de muncitor. Apare, tot ca un fenomen incon-

Scanned with OKEN Scanner

ştient de apărare a persoanei, care determină minimalizarea relativă legată de nivelul de apreciere al fiecărui muncitor. La nivelul concret de evaluare minimalizarea inconştientă este din ce în ce mai redusă, intervenind o mai bună cunoaştere a pericolelor concrete.

Evaluarea posibilităţii de accidentare s-a efectuat luînd în consideraţie numai *dimensiunea proximităţii* (tabel 5).

	Distanţa		
Accident	Secţia	Loc de muncă →	Persoana →

Din analiza datelor reiese că pe măsură ce pericolul se apropie de muncitor conştientizarea acestuia este din ce în ce mai difuză. Cînd este vorba de a se aprecia producerea unui accident însăşi persoanei interogate apare frecvent o negare totală a unei astfel de posibilităţi. Muncitorul neagă verbal pericolul deşi acesta poate fi iminent. S-ar putea explica această diminuare a conştientizării pericolului prin existenţa unor elemente de „gîndire magică" restante în mentalitate. Înţelegem prin acestea faptul că muncitorul neagă verbal pericolul pe măsură ce acesta se apropie de la nivelul secţiei spre propria persoană, fără ca între mijloacele de acţiune şi obiectivele de atins (alegerea unui comportament de securitate) să existe o determinare raţională.

Concluzia practică ce decurge din analiza atitudinii de evaluare a pericolului de îmbolnăvire-accidentare de către muncitor, constă în posibilitatea de îmbunătăţire a modului de evaluare a pericolelor prin informarea muncitorului asupra modului cum trebuie evaluate pericolele la diferite nivele (difuz-concret, proximitate, natura pericolului), adică a ridicării conştientizării pericolului la toate aceste nivele. O confuzie sau o lipsă de diferenţiere între cele două nivele (concret-difuz) de evaluare a pericolelor poate masca minimalizarea generală a pericolelor, determinînd într-un grup fenomene psihopatologice : creşterea anxietăţii, tensiunii psihice în muncă, fluctuaţii de atenţie, susceptibilitate şi vulnerabilitate crescute, cu efecte negative asupra securităţii, productivităţii şi sănătăţii mintale.

Concluzii : 1. Alegerea unui comportament de risc sau a unui comportament de securitate în munca industrială depinde de factori multipli individuali şi de mediu.

2. Gradul de conştientizare a riscului de îmbolnăvire-accidentare cuprinde aspecte contradictorii pe acelaşi eşantion, apărînd ca foarte înalt şi foarte redus. Adică, aprecierea muncitorilor privind pericolul legat de funcţionarea maşinilor şi instalaţiilor dovedeşte un grad înalt de conştientizare a riscului îmbolnăvire-accidentare, în timp ce, la aceiaşi muncitori se constată o incapacitate de a-şi reprezenta şi prevedea probabilitatea îmbolnăvirilor-accidentelor de la locul de muncă, pericolul fiind apreciat în mod considerabil, conştiinţa pericolului fiind difuză, traducînd un nivel scăzut de conştientizare a pericolului.

3. Atitudinea de aşteptare faţă de îmbolnăvire-accidentare are aceeaşi dinamică ca cea de mai sus. La un prim nivel de analiză, fatalismul este atitudinea acceptată de majoritatea muncitorilor în probabilitatea producerii îmbolnăvirii accidentării, formulată în expresia „dacă e să ţi se întîmple ceva, se întîmplă". Cînd muncitorul este avizat în mod direct, 10% din muncitorii celor două grupe examinate susţin că este posibil să suporte o îmbolnăvire sau un accident în timp de un an. Restul de 90% afirmă ferm că *NU* vor suporta în decurs de un an nici o îmbolnăvire sau accidentare. Consideră acest răspuns ca avînd funcţie de apărare a persoanei prin minimalizarea verbală a pericolului. Motivaţia afirmaţiei constă în susţinerea respectării normelor de tehnică a securităţii muncii şi a unei atenţii crescute. Atitudinea fatalistă menţionată împiedică controlul asupra şanselor pe care le are muncitorul de a evita îmbolnăvirea sau accidentarea. Motivaţia fatalistă, izvorîtă din elemente restante ale „gîndirii magice" în mentalitate, determină un mecanism psihologic de apărare primitiv, iraţional, care este exprimat de atitudinea de minimalizare a pericolelor, pe care normele departamentale de protecţia muncii le menţionează. Astfel, gradul de conştientizare a riscului de îmbolnăvire-accidentare, ca şi atitudinea de aşteptare au o structură comună, ce pot fi tratate ca probleme ce ţin de concretizare : a) conştiinţa pericolului este bine dezvoltată atîta timp cît este vorba de un pericol abstract, trecerea spre nivelul concret duce la scăderea gradului de conştientizare a pericolului ; b) atitudinea de aşteptare faţă de îmbolnăvire-accidentare la modul general arată un nivel de aşteptare mai ridicat şi mai adecvat realităţii decît nihilismul gîndirii magice, în timp ce la nivelul concretizării (cînd muncitorul suportă îmbolnăvirea sau accidentarea) atitudinea de aşteptare manifestă elemente fataliste şi magice.

4. Atitudinea de *angajare* pentru reducerea riscului şi pericolului de îmbolnăvire-accidentare se manifestă sub aceeaşi formă ca mai sus şi anume : înalt dezvoltată (toată lumea iniţiază soluţii pentru creşterea securităţii muncii), în acelaşi timp foarte puţini dezvoltată cînd este vorba de o angajare concretă (în practică se aplică mai puţin chiar soluţii clasice).

5. Gradul de conştientizare, atitudinea de angajare şi cea de aşteptare pot fi ameliorate prin măsuri ergopsihiatrice, de igienă a muncii privind atît formarea persoanei şi a optimizării mediului, în funcţie de probleme concrete ce sînt specifice fiecărui loc de muncă. Fiind vorba de o angajare a activităţii psihice superioare, a cărei perturbare, de cauze diverse, are o participare etiologică netă cu îmbolnăviri psihice şi corolarul acestora, accidentul, măsurile se vor adresa în primul rînd acesteia : a) organizarea de discuţii la locul de muncă privind pericolele concrete specifice fiecărui loc de muncă, laolaltă cu măsuri de preîntîmpinare ; b) organizarea de discuţii libere care să îmbunătăţească conştientizarea riscurilor şi pericolelor ; c) folosirea unor metode de sporire a ataşamentului muncitorilor faţă de munca lor şi de întreprinderea unde lucrează, de identificarea cu munca şi de acceptare afectivă a uneltelor şi maşinilor, a echipamentelor şi normelor de protecţia muncii.

The risk became an event more important dimension in the contemporary life, mostly at the level of decision taking. The ignorance of psychological mechanisms generally present in everyday activity and especially in the industrial work will maintain the raise of the risk conditions and of dangerousness as wel as the perturbation within the decision act, with a raising frequency of maladjustement in work and of psychic suffering. The act of becoming acquainted to these psychological mechanism constitutes an important premise in improving the system considered at its individual and social dimension.

The steps were the following : the investigation of psychological mechanism which are taking place in risk situations at Electroputere Plants in Craiova. The stepts were the following : the investigation of personality features with the help of Guilford Zimmerman questionnary and the questionnary of evaluating the attitude towards the risk illness-accident by bringing into relief three important aspects : the degree of awareness, the attitude of waiting and engagement in the diminishing of risk. There has been established that these there aspects could be treated as problems belonging to the concretization, in the sense that at the general level the workers are aware of the risking situations and „of their consequences, but at the level person at the working place", this

Scanned with OKEN Scanner

degree of awareness is lowered by the verbal diminishing of danger, as a modality of uncouscious defending of the person.

The conclusion of the research is that the internal tendency to risk should be considered even more as a personality feature.

PERSONALITATE, CONŞTIINŢĂ, ACTIVITATE

M. Şelaru
— *Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola" — Iaşi*

„Întreaga aşa-numită istorie universală nu este altceva decît generarea omului prin muncă umană, procesul de devenire a naturii pentru om... dovada concretă şi de netăgăduit a *generării* sale prin sine însuşi, a *procesului* său de apariţie."

KARL MARX

„...ştiinţa despre om — este ea însăşi un produs al autorealizării omului în activitatea sa practică".

KARL MARX

„În muncă se manifestă întreaga diversitate naturală, spirituală şi socială a activităţii individuale...".

KARL MARX

Problema personalităţii interesează pe filozofi, sociologi, psihologi, pedagogi, jurişti, eticieni, esteticieni, şi în egală măsură pe biologi, fiziologi, medici, ciberneticieni, filologi, scriitori şi artişti. Fiind o problemă importantă a contemporaneităţii, interesează de asemenea pe oamenii politici, ca şi frontul ideologic în general. Se poate afirma că în prezent studiul personalităţii reprezintă o preocupare de interes general, în care sînt angajate ample cercetări interdisciplinare. De asemenea, se evidenţiază din ce în ce mai mult concluzia, pe baza opiniilor formulate, că abordarea studiului personalităţii nu constituie un monopol al uneia sau alteia dintre ştiinţele particulare despre om, şi că studiile despre personalitate au nu numai o importanţă majoră teoretică, ci îndeosebi una de natură aplicativă, dictată de necesităţile practicii sociale contemporane.

Interesul manifestat de diversele discipline pentru studiul personalităţii rezidă şi se explică prin necesităţile social-istorice şi prin însăşi complexitatea fenomenului studiat, personalitatea existînd şi evoluînd ca o totalitate complexă dinamică, unitară şi contradictorie, de însuşiri biologice, psihologice şi sociale, a cărei esenţă se exprimă şi se manifestă în activitate în calitatea sa de obiect şi subiect material determinat şi care se autodetermină în raport de caracterul acestor relaţii şi de disponibilităţile individuale.

Studiul personalităţii a acumulat un impresionant volum de cunoştinţe, fiecare domeniu ştiinţific aducînd rezultatele datelor sale de observaţii şi experimentale, ca şi formularea unor concepţii, opinii sau puncte de vedere diverse cu privire la esenţa, structura, formarea şi dinamica personalităţii, ceea ce exprimă complexitatea subiectului abordat, dar şi dificultăţile sale.

Studiile despre personalitate şi-au evidenţiat aspectele lor atît pozitive cît şi negative în perioada contemporană îndeosebi, cînd problematica umană ocupă un loc central în domeniul luptei de idei ca şi a acţiunilor sociale şi cînd umanismul a devenit o preocupare de căpetenie teoretică şi practică. Studiile despre personalitate cu caracter speculativ, elaborate de pe poziţiile unor concepţii filozofice idealiste, ce consideră personalitatea şi omul în general şi în mod abstract, vin în contradicţie cu preocupările prioritare concrete ale societăţii contemporane pentru personalitatea umană.

Revoluţia ştiinţifică şi tehnică solicitînd o intensă dinamică profesională de calificare superioară, generează în mod implicit necesitatea studiului şi abordării multilaterale a personalităţii. Acest fenomen obiectiv se manifestă şi în ţările capitaliste şi a fost subliniat încă de clasicii marxismului: „...Marea industrie, prin însăşi catastrofele ei — spune Marx — impune ca problemă de viaţă şi de moarte necesitatea de a recunoaşte alternarea felului de muncă şi, prin urmare, *pregătirea cît mai multilaterală a muncitorului* ca o lege socială generală a producţiei şi de a adapta relaţiile realizării normale a acestei legi. Ea impune ca o problemă de viaţă şi de moarte necesitatea de a înlocui monstruozitatea unei populaţii muncitoreşti disponibile, nenorocite şi ţinute în rezervă pentru nevoile schimbătoare de exploatare a capitalului cu pregătirea absolută a omului pentru nevoile schimbătoare ale muncii; de a înlocui individul parţial, simplu purtător al unei funcţiuni sociale parţiale *cu individul dezvoltat în toate privinţele, pentru care diferitele funcţiuni sociale, sînt feluri de activitate care alternează*".

Evidenţierea cu pregnanţă a rolului excepţional al factorului subiectiv în istorie, demonstrat şi impus în secolul nostru, a stimulat, de asemenea, cunoaşterea şi studiul din punct de vedere social-politic al personalităţii. Statele socialiste preocupate de ameliorarea necontenită a condiţiei umane au situat în sfera preocupărilor lor fundamentale — omul — cunoaşterea naturii şi esenţei umane, a legităţilor de dezvoltare multilaterală a personalitqţii. Ca atare, studiul personalităţii are o deosebită importanţă teoretică şi reprezintă o necesitate pentru practica socială nemijlocită, de făurire a unui om de tip nou.

Desprinderea necontenită a fiinţei umane de condiţionările sale naturale ca şi de limitele propriei naturi, crearea condiţiilor de a păşi conştient din imperiul necesităţii în cel al libertăţii, transformarea fiinţei umane în stăpîn al propriului destin, necesită personalităţi multilateral dezvoltate, capabile să-şi însuşească şi să stăpînească ştiinţa şi tehnica în continuă ascensiune, subordonîndu-le în acelaşi timp omului, ca demiurg şi stăpîn al lumii şi al propriei sale naturi.

Înţelegînd necesitatea şi acţionînd în sensul legităţilor sale, devine posibilă, „deplina dezvoltare a dominaţiei omului asupra forţelor naturii, ... atît asupra forţelor naturii propriu-zise, cît şi asupra forţelor propriei sale naturi" Însă aşa cum arăta Karl Marx în *Capitalul*, „Imperiul libertăţii începe de fapt abia atunci cînd încetează munca impusă de mizerie şi de oportunitatea exterioară; el se găseşte deci prin firea lucrurilor, în afara sferei de producţie materială propriu-zisă. După cum sălbatecul trebuie să lupte cu natura pentru a-şi satisface nevoile, pentru a-şi conserva şi reproduce viaţa, aşa trebuie să lupte şi omul civilizat, şi aceasta în toate formele sociale, în toate modurile de producţie posibile. Odată cu dezvoltarea lui se lărgeşte imperiul acesta al necesităţii naturale, pentru că se lărgesc şi

nevoile; dar în acelaşi timp se dezvoltă şi forţele de producţie care le satisface. În acest domeniu, libertatea nu poate consta decît în aceea că omul socializat, producătorii asociaţi reglează în mod raţional acest schimb al lor de materii cu natura, îl supun controlului lor colectiv, în loc de a fi dominaţi de el ca o forţă oarbă; îl realizează cu cea mai mică cheltuială de energie şi în condiţiile cele mai demne şi mai potrivite cu natura lor umană. Dar el rămîne întotdeauna un imperiu al necesităţii. Dincolo de graniţele lui începe dezvoltarea forţei omeneşti, dezvoltare care este considerată ca scop în sine, începe adevăratul imperiu al libertăţii, care însă nu poate înflori decît pe acest imperiu al necesităţii, ca bază proprie a sa".

Oricum am vorbi despre om şi oricum l-am defini *(homo-sapiens, homo-faber, homo-rationalis, homo-economicus, homo-ludens, homo-significans, homo-consumes, homo-actionis, homo-tehnicus, homp-humanus)*, omul este unic prin natura şi esenţa sa, universal prin relaţiile, aspiraţiile, idealurile şi realizările sale, niciodată abstract şi general dar totdeauna complex, unitar şi indivizibil, în ce priveşte structura şi aspectul interrelaţiilor funcţionale intra şi extra-individuale.

Fiinţa obiectivă cu vocaţia obiectivării în planurile realităţii extrapersonale şi ale propriei sale lumi individuale şi subiective, ce fiinţează prin structura superioară ce are geneză în acţiunile sale, omul este creat de societate şi creator al societăţii în acelaşi timp, geniul său demiurgic depăşind de fiecare dată condiţionările şi limitele sale naturale pe baza activităţii în decursul existenţei sale social-istorice.

Creînd prin muncă lumea neorganică în care s-a materializat subiectivitatea sa, omul a devenit stăpînul naturii şi a propriului destin, nu situîndu-se în afara naturii şi opunîndu-se ei ireconciliabil, ci înţelegîndu-i legităţile, descoperind, înţelegînd şi folosind necesităţile naturale şi sociale. Aparţinînd naturii prin întreaga sa structură biologică, omul este singura fiinţă care, prin muncă, raportîndu-se conştient la natură s-a instituit în demiurg al propriei sale existenţe.

Dificultăţile pe care le întîmpină ştiinţele ce se preocupă de studiul personalităţii sînt atît de ordin teoretic, ca şi de ordin metodologic. În acest sens, amintim de exemplu, că nu există încă o accepţiune generală cu privire la categoriile de om, individ, individualitate, persoană şi personalitate. De asemenea se pare, că nu au fost suficient evidenţiate relaţiile dintre categoria de personalitate şi alte categorii, cum ar fi de exemplu, categoriile de dezvoltare, activitate, conştiinţă, atitudini, aptitudini etc. Se pare, de asemenea, că o teorie a personalităţii ca sistem complex bio-psiho-social, nu avem încă, iar în ce priveşte unitatea şi contrariile biologicului şi socialu'ui în personalitate, ca şi reflectarea acestora în planurile psihologice, persistă încă tendinţa de absolutizare a uneia sau alteia dintre structurile fundamentale ale personalităţii, ceea ce duce la o vulgarizare, fie în sens de biologizare, fie de psihologizare sau sociologizare a personalităţii, fără a se lua în considerare, în mod simultan implicaţiile teoriei reflectării şi interrelaţiile sistemice, dialectice dintre aceste categorii. În acelaşi timp, interacţiunea şi interpătrunderea dintre biologic şi social cu predominanţa socialului în personalitate, nu trebuie să ne determine la neglijarea factorului biologic ca şi a particularităţilor psihologice ce rezultă reflectoriu, atît pentru personalitatea normală, cît şi pentru cea patologică. Se pare că evidenţierea unităţii structurale şi funcţionale a componentelor biologice şi sociale, cu evidenţierea interacţiunilor şi interdependenţelor dintre ele şi a predominanţei factorului social în structura, structurarea şi dinamica personalităţii şi a sistemului psihic uman este un punct de vedere care îşi face loc din ce în ce mai mult în conceptul de personalitate, dimpreună cu rolul practicii sociale, a muncii ca factor de schimbare a realităţii naturale şi sociale, ca şi a existenţei umane însăşi.

Recunoscînd rolul determinant al factorului social în socio-geneză, în psihogeneză ca şi în edificarea personalităţii, considerăm totuşi că nu trebuie neglijat rolul factorului biologic, a bazei naturale, materiale a personalităţii. Este adevărat că desprinderea omului de natură, de condiţionările sale primare, naturale, a însemnat o permanentă înaintare şi lărgire a influenţei factorului social şi o retragere a domeniului natural ca şi o stăpînire din ce în ce mai amplă a omului asupra naturii. Civilizaţia contemporană este dovadă strălucită de manifestare a geniului uman, a capcităţii sale de a stăpîni natura. Însă această stăpînire a naturii de către om nu este absolută şi nici nu va fi posibilă astfel, atîta timp cît omul aparţine naturii ca fiinţă biologică şi ale cărui determinări nu au scăpat de sub controlul legilor naturale. Omul ca obiect de studiu al ştiinţelor antropologice îşi are însă determinările sale esenţiale dincolo de preocupările de evidenţiere a particularităţilor biologice. Înţelegerea justă a semnificaţiei şi locului pe care îl ocupă munca în calitatea sa de element de legătură şi revoluţionare dintre biologie şi cultură, dintre natură şi istorie, dintre elementul dat şi cel cîştigat în dezvoltarea omului şi a personalităţii, condiţionează însăşi conceptele fundamentale de studiu a personalităţii, deoarece în muncă, în activitate, se află cheia înţelegerii a ceea ce este specific uman în structurile omului.

Din acest punct de vedere practica socială de construire a socialismului, de transformare a relaţiilor sociale în procesul muncii ca şi de transformare a personalităţii, aduce argumente capitale în favoarea demonstrării rolului primordial pe care-l deţine practica socială în formarea personalităţii.

Aşa cum scrie Karl Marx, „Omul îşi apropiază esenţa sa omnilaterală într-un mod omnilateral, deci ca om total. Fiecare dintre relaţiile sale *umane* cu lumea — văzul, auzul, mirosul, gustul, pipăitul, gîndirea, contemplarea, simţirea, voinţa, activitatea, iubirea, pe scurt, toate organele individualităţii sale, ...sînt nemijlocit organe sociale, sînt... *în relaţia lor cu obiectul... manifestarea realităţii umane*". De aici importanţa crucială a relaţiei dintre categoriile personalitate — relaţii sociale, atît în ce priveşte structurarea şi integrarea unitară a personalităţii, ca şi în ce priveşte dinamica sa funcţională. Din acest punct de vedere mediu ambiant ne apare sub dubla sa ipostază, ca modelator al fiinţei umane şi ca rezultat al modelării sale de către om. Sub acest aspect Karl Marx arată, raportîndu-se la dialectica individ societate: „Împrejurările formează oamenii în aceeaşi măsură în care oamenii crează împrejurările." Omul este creat de mediu social şi în acelaşi timp este creator de mediu social. În momentul în care vorbim despre activitatea umană, atunci, în mod implicit admitem intervenţia conştiinţei, deoarece nu putem separa între ele aceste două categorii. Sub aspect dinamic activitatea presupune de asemenea, educaţie şi învăţare în cursul căreia se asimilează cultura şi se transformă în modalităţi interioare de conduită, fapt ce presupune o metabolizare activă a valorilor, dar în acelaşi timp şi o permanentă restructurare a dimensiunilor personalităţii, care la rîndul ei, acţionînd, crează valori în sensul necesităţilor şi comandamentelor superioare ale societăţii, participînd astfel în mod conştient la crearea propriului destin, prin perfecţionarea necontenită a mediului social. În această vastă operă de modelare a umanului şi umanizare a socialului şi naturalului, se însuşesc noi deprinderi, obişnuinţe şi convingeri traduse în modalităţile atitudinale şi în modul de a trăi al omului.

În procesul de diferenţiere prin socializare a individualităţii, legitatea dialectică a raporturilor dintre

Scanned with OKEN Scanner

general, particular şi individual îşi desfăşoară toate valenţele sale, în care sînt implicate nivelele ierarhice structurale şi funcţionale ale raporturilor dintre elementul dat şi cel dobîndit, dintre natural şi social, dintre ceea ce este individual, particular şi general în structura bio-psiho-socială a personalităţii.

Socializarea individului, crearea individualităţii sale, este un proces legic în care nu se pierd nici dimensiunile şi nici trăsăturile sale particulare, ci dimpotrivă, se amplifică şi se îmbogăţesc conexiunile sale cu ansamblul condiţiilor sociale, îşi însuşesc şi dobîndesc trăsături calitativ noi, îşi perfecţionează în condiţii optime, structurile sale care capătă strălucire şi valoare în practica acţiunii sociale. De aceea cu cît este mai bine individualizată fiinţa umană, cu atît devine mai socială, şi reciproc, devine cu atît mai socială şi mai umană, cu cît se individualizează mai mult. Remarcăm de asemenea, că omul devine mai uman pe măsură ce devine mai social şi cu atît mai bogate sînt trăsăturile sale, cu atît mai ample şi diferenţiate calitativ, sînt relaţiile sale sociale. Cu cît mai ample sînt relaţiile omului şi cu cît mai variate şi cuprinzătoare sînt activităţile pe care le realizează în raport cu mediul său existenţial, cu atît mai multilaterală este personalitatea şi mai universală gîndirea sa. În acest caz personalitatea ne apare ca o expresie sintetică a trăsăturilor bio-psiho-sociale ale individualităţii, a ansamblului activităţilor şi relaţiilor sale sociale, dinamica personalităţii fiind dependentă nu numai de aspectele calitative ale interrelaţiilor structural-funcţional interne, cît mai ales de condiţionările externe în raport dialectic cu cele interne.

Nu putem absolutiza însă, în ce priveşte personalitatea nici chiar elementul determinant socio-cultural, neglijînd determinismul natural, fără a nu risca asupra explicării plurifactoriale şi nuanţate a trăsăturilor particulare în planul trăirilor psihice subiective. De aici nu înseamnă o adoptare prioritară şi eventual o exagerare a biologicului în raport cu prevalenţa elementului socio-cultural în geneza personalităţii ci, dimpotrivă, subliniem necesitatea evidenţierii unor nuanţări complexe, dialectice în esenţa lor, în ce priveşte structura şi condiţionările personalităţii în limitele lor reale de manifestare. A sublinia bazele naturale ale personalităţii nu înseamnă a le confunda cu geneza socială a acesteia, ci doar a evidenţia raporturile dintre natural şi social, dintre ereditate şi elementele biografice ale existenţei sociale, individuale, dintre natură şi cultură, sub aspectul funcţionalităţii lor concomitente, complementare, antinomice şi interdeterminative în cadrul personalităţii, ca modalitate concretă a modului în care omul şi mediul său social se exprimă sub aspectul dinamic concret, existenţial, în raport cu calitatea structurilor individuale şi a influenţei „eredităţii sociale", a creaţiei sale actuale şi a normativităţilor valorice ale mediului social dat.

Personalitatea este expresia superioară a individualităţii imprimînd un ritm şi un tempou particular, subordonate şi în corelaţie cu normativitatea şi valorile sociale, individualitatea constituind pentru personalitate elementele de continuitate a mecanismelor materiale, biologice, neuro-fiziologice şi biopsihice particulare şi generale în dinamica lor individuală şi integrate prin conştiinţă la nivelul formelor psihice spirituale, superioare de reflectare activă şi creatoare a realităţii.

Dezvoltarea multilaterală a societăţii socialiste reclamă în mod necesar, dar şi permite în acelaşi timp dezvoltarea multilaterală a personalităţii, nu ca fenomen de excepţie, ci ca fenomen de masă.

În condiţiile în care omul este solicitat în mod integral de dezvoltarea civilizaţiei socialiste, studiul său nu se poate realiza decît total, sub aspectul trăsăturilor sale multidimensionale. Or, tocmai caracterul abordării integrale a personalităţii exclude privilegiile şi monopolurile invocate de vreun cercetător sau altul, indiferent cărui domeniu de cercetare i-ar aparţine. Datorită complexităţii structurale a personalităţii, atît sub aspectul static, cît mai ales dinamic, interdisciplinaritatea ca preocupare nu reprezintă o modă, ci o necesitate în studiul personalităţii şi nu pentru raţiunile unei explicaţii holistice, ci îndeosebi pentru a evidenţia ceea ce este esenţial în structura şi evoluţia permanentă a personalităţii. În acest sens, fiecare disciplină poate aduce contribuţia sa la studiul personalităţii, evidenţiind ceea ce este important în raport cu acele caracteristici de bază ale omului care profilează sau îi determină conduita, trăsături pe care evidenţiindu-le, ideal ar fi să poată contribui la elaborarea criteriilor necesare formulării unor prognoze comportamentale în situaţii concrete de acţiune socială.

Raportîndu-ne la structura personalităţii, va fi poate util să se ia în considerare şi faptul că studiul static al personalităţii nu aduce elemente utile necesităţilor impuse de practica socială dinamică şi de mobilitatea proceselor adaptative deosebit de dinamice la rîndul lor. Se pare că a considera temperamentul, caracterul, voinţa şi încă alte cîteva trăsături de natură psihologică în mod static de la începutul cristalizării personalităţii şi pînă în perioada de senescenţă sau involuţie, nu oferă posibilitatea abordării dinamice a personalităţii, dacă avem în vedere că personalitatea nu se reduce şi nici nu se caracterizează esenţial numai prin determinările interne, ea fiind în fond modalitatea concretă de manifestare a esenţei umane, determinată în ultimă instanţă de totalitatea relaţiilor sociale şi care se află în interrelaţia dialectică cu condiţiile interne. Din acest punct de vedere apare ca necesar studiul dinamic al personalităţii, în raportare concretă la aspectele complexe ale determinărilor externe şi interne, la valoarea şi semnificaţia acestora, calitativ diferită de la o persoană la alta şi cu reflectarea diferenţiată în structurile psihice ale personalităţii, în interrelaţiile dintre funcţiile psihice în echilibrul sau dizarmonia lor, considerînd personalitatea sub aspectul determinării sale temporale şi spaţiale.

Personalitatea ca sistem, reflectă la nivelul conştiinţei şi în comportamentul său, ansamblul relaţiilor sale cu mediul natural şi îndeosebi cu mediul social, ca şi unitatea şi continuitatea sa pe planul conştiinţei de sine. Înţeleasă ca sistem, personalitatea reflectă în structurile şi mecanismele sale acele elemente şi legi ale realităţii naturale şi sociale ca şi ale propriei sale naturi, legi generale care-i determină activitatea sa complexă biologică, psihologică şi socială.

Particularităţile interne ale personalităţii sînt determinate obiectiv, însă în cadrul acestor particularităţi, mecanismele materiale şi psihice deţin un loc important în relaţia dialectică inter-extern. Apreciem că aceste mecanisme interne modelate de interacţiunea cu condiţiile externe, sociale şi naturale îşi au o îndelungată istorie în cursul căreia s-au edificat relaţiile specifice dintre elementele ereditare şi cele cîştigate, datele sociale cu cele bio-psihologice, elementele materiale cu cele ideale, în care conştiinţa deţine locul esenţial în sensul integrării şi autodeterminării active în raport cu existenţa obiectivă.

Personalitatea, ca formă superioară de manifestare a existenţei umane, rezumă întreaga evoluţie a lumii anorganice şi organice, modelată şi perfecţionată de acţiunea mediului social, care a permis omului, pe baza practicii sociale să ajungă la conştiinţa de sine şi să se manifeste ca fiinţă demiurgică.

Admiţînd punctul de vedere bio-psiho-social despre personalitate aceasta ne apare ca un sistem complex, ca o unitate superioară a elementelor biologice, psihologice şi sociale din componenţa şi structurile sale. Este adevărat că omul devine personalitate în momentul în care apare conştiinţa de

Scanned with OKEN Scanner

sine şi sînt create premizele creativităţii şi acţiunilor sale conştiente şi responsabile pe baza înţelegerii raporturilor dintre libertate şi necesitate, însă personalitatea nu se „naşte" dintr-odată. La naştere, omul, ca individ cu toate determinările sociale ale biologiei sale, aparţine predominant speciei *homo-sapiens*, şi din acest punct de vedere el vine pe lume cu toată zestrea pe care a depozitat-o în noi evoluţia lumii organice şi asupra căreia şi-a pus amprenta existenţa socială. De aceea sîntem înclinaţi să admitem că edificarea personalităţii din punctul de vedere al devenirii individualităţii începe cu nidarea şi îndeosebi odată cu apariţia bio-psihismului elementar iniţial. Cu alte cuvinte, edificarea personalităţii începe odată cu naşterea organismului, odată cu edificarea bazelor materiale ale viitoarei personalităţi asupra căreia urmează să acţioneze mediul social. Ca atare, aspectele genotipice, psihofiziologice şi sociale constituie o unitate inseparabilă în cadrul personalităţii.

Cînd vorbim despre trăsăturile biologice ale personalităţii nu ne raportăm la acele particularităţi care s-ar putea identifica cu acele trăsături cu cele ale hominidelor, ale strămoşului animal al omului. Omul este fiinţă naturală, dar *„o fiinţă naturală omenească"* aşa cum spune Karl Marx, adică o fiinţă la care biologicul s-a transformat sub influenţa mediului social, ca urmare a împletirii indisolubile dintre antropogeneză şi sociogeneză în cursul căreia moştenirea genetică s-a îngemănat cu moştenirea socială. Este cunoscut că bazele naturale ale personalităţii au fost şi ele transformate în decursul istoriei datorită acţiunii oamenilor care, acţionînd asupra naturii pentru a o transforma şi-au transformat în acest fel şi propria lor natură. Din acest punct de vedere omul ne apare ca o fiinţă bio-psiho-socială. Omul ca fiinţă bio-psiho-socială nu se identifică însă cu noţiunea de esenţă umană, şi de aici diferenţa dintre cele două noţiuni. Esenţa umană ca noţiune este mai restrînsă decît noţiunea de om care este mai largă şi mai complexă incluzînd atît particularităţile sociale psihologice, ca şi cele biologice, asupra cărora şi-au exercitat influenţa determinantă condiţiile sociale. Ca atare urmează că nu putem nici să biologizăm, nici să sociolgizăm sau să psihologizăm în mod absolut omul.

Concepţia marxistă despre om pleacă de la sinteza materialist-dialectică a cuceririlor ştiinţifice şi culturale anterioare despre natură, societate şi gîndire.

Hegel considera esenţa umană ca o expresie a ideii absolute şi care se reducea la conştiinţa de sine. Aşa cum sublinia Karl Marx, „Pentru Hegel, *esenţa umană, omul* sînt echivalente cu conştiinţa de sine", şi în acelaşi loc, se consemnează că: „nu natura umană este o calitate a *conştiinţei de sine*, ci dimpotrivă, conştiinţa de sine este o calitate a naturii umane."

Feuerbach, în sensul antropologismului său metafizic considera omul în mod abstract conceput în afara raporturilor şi condiţiilor sale social istorice. După opinia lui Ludwig Feuerbach, *„...esenţa absolută* a omului ca om şi scopul existenţei sale" ar fi raţiunea, iubirea şi puterea de voinţă: „Omul există pentru a cunoaşte, pentru a iubi, pentru a voi."

Natura umană nu constă în raţionalitatea şi spiritualitatea ei, nici în tendinţa permanentă a omului spre cunoaştere şi perfecţiune, şi nici în aspiraţia spre o fericire supremă visată şi nerealizată în sensul unei comuniuni cu vreo fiinţă supremă. Natura umană nu este nici de esenţă mistică transcedentală în care să se manifeste prin determinare înnăscută tendinţa spre uniunea cu fiinţa supranaturală, ca voinţa sau ca libertatea absolută. Caracteristice pentru destinul uman nu sînt trăsăturile sale de fiinţă „unidimensională" nici trăirea existenţială individuală şi angoasantă, şi nici aspiraţiile spre a se realiza ca „supraom" aşa cum credea Nietzsche, omul nefiind, de asemenea, în nici un caz „o pasiune inutilă" atît pentru el cît şi pentru semenii săi. Nu există o natură umană dată odată pentru totdeauna şi genetic deteminată în structurile sale. Eliberată de sub despotismul determinărilor genetic-ereditare, natura umană, graţie nivelului superior de evoluţie al creierului, este supusă în ce priveşte progresul său legităţilor istorice social-culturale, istoria omului fiind în fond istoria autorealizării sale prin muncă în care se exprimă şi se sintetizează trăsăturile sale fiziologice, psihologice şi sociale.

Fenomenul uman nu mai poate fi explicat nici prin determinările endogene care conduc şi dirijează maturizarea cerebrală ontogenetică, dar nici prin achiziţiile individuale în contactul cu mediul. Tipului de dezvoltare *genotipică* şi *fenotipică* caracteristic lumii animale, i se adaugă, în cazul omului, dimensiunea calitativ nouă, necunoscută pînă acum în lumea organică şi anume — *practica socială*. Prin mijlocirea practicii sociale omul realizează saltul din domeniul naturii în domeniul culturii.

În teza a şasea despre Feuerbach, Karl Marx arată că: „Feuerbach reduce esenţa religioasă la esenţa umană. Dar esenţa umană nu este o abstracţie inerentă individului izolat. În realitatea lui ea este ansamblul relaţiilor sociale... de aceea la el esenţa umană nu poate fi privită decît ca „specie", ca generalitate lăuntrică, mută care uneşte numai prin legături *naturale* mulţimea indivizilor."

Marx caracterizează conceptul de natură umană ca „ansamblul relaţiilor sociale", subliniind rolul creator, activ al omului în cadrul acestor relaţii: „teoria materialistă care afirmă că oamenii sînt produsul împrejurărilor şi al educaţiei şi că, prin urmare, oamenii se schimbă datorită unor împrejurări noi şi unei educaţii noi, uită că împrejurările sînt schimbate de oameni". Deci, nu numai relaţia deterministă a împrejurărilor asupra oamenilor, ci şi influenţa oamenilor asupra împrejurărilor.

Esenţa umană, ca „ansamblul relaţiilor sociale" este numai o latură a conceptului marxist despre om deoarece marxismul înţelege fiinţa umană ca un ansamblu unitar de determinări biologice, psihologice şi sociale.

Marx preciza că *„omul* este în mod nemijlocit o *fiinţă naturală"*, un om „real, corporal, care stă pe solidul glob pămîntesc, aspirînd şi expirînd toate forţele naturii."

În *Ideologia germană*, Marx şi Engeles subliniază că existenţa „indivizilor umani vii" este în mod necesar condiţionată de satisfacerea unor trebuinţe naturale şi ca atare, de unitatea lor cu natura.

„Prima premisă a oricărei istorii omeneşti este în mod firesc existenţa indivizilor umani vii. De aceea, primul fapt concret care trebuie să fie stabilit, este alcătuirea trupească a acestor oameni şi raportul dintre ei şi restul naturii... Orice istoriografie trebuie să pornească de la aceste baze naturale şi de la modificările suferite de ele în decursul istoriei datorită acţiunii oamenilor". Această bază naturală a esenţei umane constituie doar o premisă necesară dar nu şi suficientă prin ea însăşi pentru structurarea individului uman. „Modul în care oamenii îşi produc mijloacele necesare traiului depinde, în primul rînd, de proprietăţile mijloacelor de trai pe care le-au găsit gata existente şi care urmează a fi reproduse... Ceea ce sînt ei coincide deci cu producţia lor, atît cu ceea *ce* produc, cît şi felul *cum* produc. Prin urmare, ceea ce sînt indivizii depinde de condiţiile materiale ale producţiei lor."

Deci, între existenţa naturală şi existenţa socială se situează domeniul umanului, a cărei integrare în ansamblul umanităţii se realizează şi se explică în cadrul unităţii dintre *om*, *natură* şi *societate*.

Viaţa psihică a omului nu poate fi despărţită de activitatea creierului şi ca atare, de datele fiziologiei şi biologiei. Deci, nu se poate nega rolul biolo-

Scanned with OKEN Scanner

gicului în viaţa psihică, dar nici nu putem efectua operaţia reducţionistă de biologizare a psihismului şi ca urmare, a existenţei umane.

Miron Constantinescu afirma : „Viaţa psihică a oamenilor este rezultatul activităţii sistemului nervos, în special al creierului uman ; ceea ce caracterizează *conţinutul* vieţii psihologice este reflectarea lumii înconjurătoare în viaţa subiectivă. Dar în acelaşi timp trebuie să subliniem faptul că viaţa psihologică este şi un produs al *evoluţiei istorice*, adică este un ţel al *activităţii* sociale a oamenilor ; nu e numai un dat biologic, nu e numai o funcţie a creierului, e în acelaşi timp un produs social, un produs istoric, rezultat dintr-o îndelungată şi amplă activitate a umanităţii în decursul a peste un milion de ani."

Ceea ce caracterizează antropologia marxistă este înţelegerea raporturilor dialectice dintre natural şi social în ce priveşte determinarea existenţei umane. Ca parte componentă şi, ca rezultat al existenţei sociale şi naturale, omul este o entitate bio-socială în care se interferează naturalul şi socialul. În acest sens, fără a nega importanţa determinărilor naturale, Karl Marx sublinia că *esenţa umană* este ansamblul relaţiilor sociale, factorii sociali conferind dimensiunea reală a umanului.

Ath. Joja defineşte omul ca „...o fiinţă *istorică*, care contemplă natura spre a o *transforma*, care o transformă efectiv şi, prin aceasta, se *transformă* pe el însuşi (deci rămînînd *identic*). El explicitează astfel resursele infinite ale esenţei sale."

Fenomenele psihice, ca trăsătură specifică a individualităţii umane îşi au rădăcinile implîntate în terenul de confluenţă a biologicului cu socialul, în procesul de reflectare şi de transformare activă a lumii materiale. Dacă mecanismele materiale ale reflectării psihice sînt reprezentate de natura biologică superioară la care a ajuns dezvoltarea creierului uman, conţinutul proceselor psihice reprezintă o modalitate esenţială de manifestare a factorilor modelator-formativi de ordin socio-cultural şi sînt rezultatul practicii sociale, a raporturilor sociale active dintre indivizii umani. Calitatea proceselor psihice ideo-afective, dimensiunea şi modalităţile lor de manifestare, reprezintă o rezultantă legică reflectorie în plan subiectiv a entităţii bio-psiho-sociale a fiinţei umane.

Prin specificul calitativ al dimensiunii psihice se subliniază nu numai o a treia trăsătură fundamentală a existenţei umane, dar în acelaşi timp şi una din trăsăturile care-i conferă omului individualitate.

„Tendinţa de a spune că psihologia se ocupă de viaţa individuală psihică este simplistă. Desigur, este adevărat, individualul există, în sensul că este al ununi ins anume, luat ca atare, care nu poate *trăi* viaţa psihică a altuia decît prin empatie sau simpatie însă în viaţa sa psihică individuală, oricît de adînc ar merge, individualul acesta este întotdeauna foarte strîns împletit cu socialul, este indisolubil legat de acesta."

Procesele naturale ale omului îşi au particularităţile lor specifice şi îşi au dinamica lor pe măsura înaintării în vîrstă, influenţînd în mod diferit atitudinile, aptitudinile, năzuinţele, aspiraţiile şi motivaţiile umane. Dar aceste procese şi trăsături naturale nu sînt rupte, separate de esenţa socială a omului, fără această esenţă, ca şi fără acţiunea socială, omul nu se realizează şi nu se structurează în mod real ca o personalitate distinctă. Dezvoltarea, evoluţia şi progresul psihismului uman în determinismul său social, reprezintă sinteza, expresia integrală a unităţilor bio-psiho-sociale a fiinţei umane care se realizează ca individualitate distinctă graţie acţiunii sale practice transformatoare în raport de relaţiile sale materiale şi spirituale. Fără activitatea socială îndreptată nu numai în sensul modificării lumii înconjurătoare dar şi a omului însuşi nu se poate înţelege existenţa umană socială, colectivă şi individuală.

Biologia, evoluţia creierului a permis individualizarea superioară din punct de vedere filogenetic a omului, însă în acelaşi timp a determinat şi virtualităţile sale potenţiale de a deveni om. Prin aceasta însă nu înseamnă că omul a devenit om datorită biologiei, chiar dacă pentru a aspira la o nouă existenţă calitativ diferită, la civilizaţie, nu mai avea nevoie de o perfecţionare evolutivă a structurilor sale morfo-funcţionale cerebrale. Premizele înnăscute spre socializare nu au devenit, în preistoria omului şi nu transformă nici azi individul, în momentul naşterii, în fiinţă socială, în lipsa mediului social, a practicii sociale, a comunicări şi însuşirii sale prin participare la activităţile sociale. În momentul naşterii, copilul este un *individ* aparţinînd speciei *homo-sapiens*, care aduce cu sine trăsăturile bio-psihologice particulare speciei umane, însă nu are nici conştiinţa eului corporal şi nici conştiinţa că este o individualitate particulară şi definită, după cum, de asemenea, nu vine înzestrat cu nici un fel de idee despre sine şi despre lumea în care a intrat. Este adevărat că una dintre particularităţile remarcabile ale creierului omenesc este „aptitudinea de a forma aptitudini", însă în afara mediului social această capacitate deosebită rămîne doar ca o mulţime neordonată de virtualităţi. Pentru a conferi sens şi direcţionare umană de dezvoltarea acestor potenţialităţi primare, este nevoie de mediul social, de practică socială de transformare însăşi a naturii umane, prin asimilarea lumii supraorganice create de om. În aventura fantastică pe care o reprezintă individualizarea, societatea transformă, dezvoltă şi amplifică particularităţile potenţiale înnăscute prin modelele experienţei sociale şi, în corelaţie cu maturizările cerebrale şi de experienţă socială individual acumulată, se defineşte eul în raport cu lumea şi cu ceilalţi semeni pe baza practicii şi a influenţei pe care societatea o exercită asupra activităţii ce o realizează fiecare individ în parte.

În condiţiile *acţiunii practice* de transformare a socetăţii şi naturii şi implicit de transformare a fiinţei umane, se realizează joncţiunea dintre natural şi social, procesele de reflectare, ca şi de dezvoltare, structurare şi modelare a activtăţii psihice care dă profil individual omului şi permite realizarea sa prin încorporarea socialului.

Istoria naturii şi istoria oamenilor formează un tot unitar inseparabil. În procesul practicii sociale îşi au geneza şi se realizează acţiunile oamenilor care au ca motivaţie satisfacerea nevoilor lor materiale şi spirituale, realizarea tendinţelor, dorinţelor, pasiunilor şi idealurilor, împlinirea aspiraţiilor şi a talentelor pe care cred că le au sau pe care le au în mod real. Curgerea neîntreruptă a istoriei universale ca şi acelei individuale este rezultatul acţiunii concrete, reale asupra naturii, extinderea permanentă a hotarelor lumii create de om prin activitatea sa. „Îmbunătăţirea şi crearea mijloacelor de muncă, deşi există în germene şi la unele specii de animale, caracterizează *procesul de muncă specific omenesc*, din care cauză Franklin îl denumeşte pe om „a tool making animal", un animal care confecţionează unelte". Folosindu-se de unelte, omul le interpune între el şi natură, amplificîndu-şi capacitatea sa de acţiune asupra lucrurilor în raport de scopurile urmărite, de legitatea istorică, de condiţiile sociale predeterminate în care se naşte şi pe care le determină manifestîndu-şi forţele creatoare ca şi pe cele autocreatoare, de oameni şi de societate, prin oameni şi societate.

Joncţiunea dintre elementul social şi natural este un proces complex, conştient şi inconştient, care nu se realizează după placul individualităţilor ci în virtutea unor legităţi naturale şi sociale, care de multe ori scapă unor explicaţii clare, dar în care intervine în mod predominant practica, activitatea umană asupra obiectului ca realitate obiectivă şi subiectivă a

Scanned with OKEN Scanner

omului, ca lumea externă pe care omul o modifică în funcţie de scopurile sale, şi în raport de posibilităţile pe care i le oferă existenţa socială la un moment dat al evoluţiei sale. Şi chiar dacă nu totdeauna s-au realizat cele umane în sensul unei stricte determinări cauzale şi în contextul unei necesităţi obiective şi evidente ci şi în mod întîmplător uneori, este de menţionat că fenomenele aleatorii, întîmplătoare ca şi realizările de acest fel nu se înscriu în afara necesităţii istorice ci constituie în fond expresii diferite de manifestare ale necesităţii.

Reflectarea psihică, atît spontană cît şi conştientă, cu coloratura sa psihologică individuală, sînt trepte istorice prin care omul realizează cunoaşterea realităţii, luarea în stăpînire şi transformarea lumii obiectului. În acest proces complex se merge de la fazele intuitive, precategoriale, la cele superioare categoriale, de la modalităţile reflectorii senzoriale, primare şi naive, pînă la reflectarea conştientă, pe baza dezvoltării practicii social-istorice şi a subiectivităţii umane corespunzătoare.

Reflectarea psihică implică intersectarea istoricului şi logicului, determinarea biologică şi îndeosebi cea socială, prin practica social-istorică cu componentele sale obiective şi subiective. Ca atare reflectarea psihică umană este rezultatul sintezei reflectorii a formelor de mişcare fizică (micro-macro-mega-cosmică), chimică, biologică, socială şi a gîndirii ca latură subiectivă a mişcării sociale.

Procesul de reflectare este realizat pe baza unităţii dialectice bio-psiho-sociale, are un caracter istoric şi *„este un produs al istoriei umanităţii"*.

Marx şi Engels au arătat că simţurile omului sînt un rezultat al istoriei sale milenare, cu alte cuvinte, simţurile umane reflectă natura mult mai fin, mai profund şi mai diferenţiat decît o reflectau la începuturile umanităţii. Această concluzie este valabilă nu numai pentru senzaţie, ci şi pentru reprezentare, conştiinţă, gîndire, pentru ansamblul vieţii psihice.

Karl Marx arată că *„...simţurile* omului social sînt altele decît cele ale omului nesocial; abia prin bogăţia obiectual desfăşurată a fiinţei umane se formează sau în parte se şi creează pentru prima oară bogăţia simţirii *umane* subiective: o ureche muzicală un ochi care percepe frumuseţea formei etc., pe scurt, simţuri capabile de desfătări omeneşti şi care se afirmă ca forţe esenţiale *umane*. Căci nu numai cele cinci simţuri, ci şi simţurile aşa-zise spirituale, simţurile practice (voinţa, dragostea, etc.), într-un cuvînt simţirea *umană*, natura umană a simţurilor se formează numai graţie existenţei obiectului *corespunzător*, graţie naturii umanizate. *Formarea* celor cinci simţuri este opera întregii istorii de pînă acum... Obiectivarea esenţei umane — atît sub raport teoretic, cît şi sub raport practic — a fost deci necesară atît pentru *umanizarea simţurilor* omului, cît şi pentru crearea *simţului uman* corespunzător întregii bogăţii a esenţei umane şi naturale. După cum, datorită mişcării *proprietăţii private*, mişcării bogăţiei şi sărăciei ei materiale şi spirituale — societatea în devenire găseşte tot materialul necesar pentru acest *proces de formare, tot astfel* societatea *constituită* îl produce pe om în toată această bogăţie a fiinţei sale, produce pe omul *bogat, multilateral şi profund în toate simţurile sale*, ca pe o realitate permanentă a ei."

Prin muncă omul realizează transformarea naturii înconjurătoare ca şi a naturii sale proprii. Munca, aşa cum subliniază H. Salvat se conexează „de natură prin latura ei tehnică, de societate prin latura ei socio-economică, de evoluţia istorică a societăţii prin latura ei istorico-culturală, de om, prin latura ei antropologică." Munca a perfecţionat aptitudinile ca şi capacitatea creierului de a forma aptitudini şi deprinderi, care, la rîndul lor se identifică în produsele materiale şi spirituale create de om, ce alcătuiesc lumea umană neorganică, ale cărei hotare se întind progresiv asupra domeniului de stăpînire a lumii naturale ce se retrage corespunzător expansiunii cunoaşterii umane.

APLICAREA CRITERIULUI ANTROPOMETRIC ÎN SELECŢIA ŞI ORIENTAREA PROFESIONALĂ PENTRU UNELE LOCURI DE MUNCĂ DIN INDUSTRIA TEXTILĂ

Gh. Ştefănescu, Cornelia Creţu
Al. Avasilcăi
— Cîmpulung Moldovenesc

În studiul de faţă ne-am propus să stabilim care sînt parametrii antropometrici optimi în cazul muncitoarelor ce deservesc maşinile la unele locuri de muncă din industria textilă, pentru realizarea unei bune corelări dimensionale în subsistemul industrial om—maşină.

1. *Material şi metodă* — În vederea stabilirii dimensiunilor corporale optime la muncitoarele ce deservesc maşinile din filatură şi ţesătorie, s-a procedat la măsurarea înălţimilor de lucru importante ale acestor maşini: a) înălţimea tablourilor de comandă, b) înălţimea butoanelor de pornire-oprire şi c) înălţimile maxime de lucru la care este necesară intervenţia muncitoarelor în cazul ruperii de bandă sau fir.

Aceste măsurători, (Tabelul nr. 1), s-au efectuat la următoarele maşini existente în filatura şi ţesătoria Întreprinderii „Ţesătura" Iaşi: a) flaierul Platts tip Mark II, b) ringul „Unirea" Cluj tip FI, c) războiul Northrop 4 culori şi d) războiul automat „Unirea" Cluj AT 100.

Au fost măsurate de asemenea două eşantioane de cîte 100 muncitoare care lucrează la aceste maşini, pentru determinarea valorilor medii ale principalelor dimensiuni corporale: a) înălţimea corpului (fără încălţăminte), b) lungimea membrului inferior, considerată de la simfiza pubiană pînă la sol (sy-sol) şi c) lungimea membrului superior (a-sol minus da-sol). Pentru a se evidenţia situaţia existentă în cele două secţii din punct de vedere al înălţimii muncitoarelor, au fost stabilite repartiţiile procentuale pe categorii de înălţime, la eşantioanele luate în studiu, după scara dimorfică pentru acest caracter a lui R. Martin, (Tabelele nr. 2 şi nr. 3).

2. *Discutarea datelor* — Mediile înălţimii pentru eşantioanele de muncitoare din filatură şi ţesătorie sînt de 154,96 cm (categoria de statură mijlocie) şi, respectiv, de 151,79 cm (categoria de statură submijlocie).

Repartiţia procentuală pe categorii de statură evidenţiază o maximă răspîndire în filatură a categoriei de statură mijlocie (28,04%), categorie în care se încadrează şi media staturii eşantionului, după care urmează, în ordine descrescîndă, categoriile de statură mare (23,17%) şi cea de statură submijlocie (19,51%); Trebuie remarcat aici faptul că ponderea procentuală cea mai mare în filatură o au categoriile mici şi mijlocii de statură (talie mică, submijlo-

cie), care totalizează 60,96% din efectivul eşantionului.

În ţesătorie, repartiţia procentuală pe categorii a staturii evidenţiază existenţa unei situaţii caracterizate prin predominanţa categoriilor de statură mare (30,00%) şi supramijlocie (20,00%), aici putîndu-se remarca faptul că ponderea categoriilor mici de statură, împreună cu cele mijlocii, (talie foarte mică, talie mică, talie submijlocie şi talie mijlocie) este destul de importantă (47,00%), dar totuşi mai mică decît în cazul muncitoarelor din filatură.

Dacă analizăm acum situaţia parametrilor dimensionali ai maşinilor din filatură şi ţesătorie, şi anume a acelora legaţi de înălţimea punctelor de comandă şi înălţimile de lucru maxime, constatăm că :

a) Punctele de comandă ale maşinilor din filatură luate în studiu variază ca înălţime între 1 050 mm (înălţimea butonului de comandă la ringul Platts) şi 1 600 mm (înălţimea tabloului de comandă la ringul „Unirea" Cluj). Deci, pentru acţionarea butonului de comandă la ringul „Unirea" Cluj, o muncitoare a cărei înălţime este de 154,96 cm (media pentru înălţime la muncitoarele din filatură) va trebui să ridice braţul la 5 cm deasupra capului, lucru care este posibil pentru toate muncitoarele existente în eşantionul nostru, cu deosebirea că în cazul celor din categoriile mici de statură, efortul fizic şi deci consumul energetic pentru efectuarea acestor mişcări să fi mai mare.

Cotele maxime de intervenţie la maşinile din filatură sînt cuprinse între 1 570 mm (înălţimea pîrghiilor de pornire la flaierul Platts 1949) şi 1 980 mm (înălţimea poliţei de alimenare la ringul „Unirea" Cluj). Pentru ca o muncitoare cu înălţimea de 154,96 cm şi o lungime a braţului de 69,48 cm (media pentru lungime a membrului superior la muncitoarele din filatură) să poată apuca bobina cu semitort de pe poliţa de alimentare, ea trebuie să efectueze o ridicare şi o întindere completă a braţului deasupra capului. Muncitoarele ce se încadrează în categoria de talie mijlocie a scării R. Martin pentru statură şi în categoriile mai mari decît aceasta sînt apte pentru a efectua această subfază a operaţiei de filat, în timp ce acelea cuprinse în categoriile mai mici de statură (categoria de talie submijlocie şi mică) nu au această posibilitate.

b) Punctele de comandă la maşinile din ţesătorie variază ca înălţime între 870 mm (înălţimea butonului de pornire la războiul Northrop) şi 1 120 mm (înălţimea butonului de pornire la războiul „Unirea" Cluj). Faţă de raporturile dimensionale om—maşină existente în filatură, situaţia este mai bună aici, în sensul că la o înălţime a muncitoarei de 151,79 cm (media înălţimii pentru muncitoarele din filatură), ridicarea mîinii pentru acţionarea butonului de pornire se face la o cotă aflată sub înălţimea taliei muncitorului.

Cotele maxime de intervenţie la maşinile din ţesătorie sînt cuprinse între 1 240 mm (înălţimea butonului de schimbare automată a capetelor la războiul Northrop) şi 1 330 mm (înălţimea lăzii cu canete adaptată la războiul „Unirea" Cluj), acestea fiind uşor accesibile pentru o muncitoare cu înălţimea de 151,79 cm, sau mai mică decît aceasta.

Ţinînd cont însă de faptul că înălţimea de lucru la care se acţionează cu cea mai mare frecvenţă în ţesătorie este de 880 mm (înălţimea traversei de piept la războaiele Northrop şi Unirea), devine evident faptul că la deservirea maşinilor de acest fel sînt mai avantajate muncitoarele cuprinse în categoriile mijlocie şi submijlocie de statură, faţă de cele din categoriile mai mari, la care, pentru operaţiile executate la nivelul firelor de urzeală şi bătătură, este necesară o poziţie de lucru mult aplecată, cu spatele într-o atitudine cifotică.

3. *Concluzii şi propuneri* — Pornind de la cele discutate mai sus, propunerile noastre, ar putea să meargă atît pe linia ergonomiei de concepţie, cît şi pe linia ergonomiei de selecţie. De oarece studiul nostru are drept scop stabilirea dimensiunilor antropometrice optime necesare muncitorilor pentru deservirea unor maşini existente în filatură şi ţesătorie, vom face propuneri numai pe linia selecţiei şi orientării profesionale, şi anume introducerea la examinarea de admitere pentru şcolarizare, sau la examinarea pentru angajare în meserii din industria textilă a criteriului antropometric de selecţie şi orientare în funcţie de înălţimea corpului.

a) Pentru meseria de filatoare, avîndu-se în vedere înălţimile mari de lucru la maşină, se poate considera că optimul dimensional om—maşină este realizat de categoriile mai mari de înălţime ale executantului — categoria supramijlocie (156,0—158,9 cm), categoria mare (159,0—167,9 cm) şi categoria de înălţime foarte mare (168,0—186,9 cm).

Reamintim că în momentul de faţă în filatura Întreprinderii „Ţesătura" Iaşi predomină categoriile mici şi mijlocii de statură.

Recomandăm pentru meseria de filatoare selecţia înălţimilor mai mari, cuprinse între limitele generale de 156,0—187,0 cm.

b) Pentru meseria de ţesătoare, avîndu-se în vedere faptul că înălţimile de lucru sînt mai mici şi că înălţimea de lucru la care se acţionează cu cea mai mare frecvenţă este de 880 mm, se poate considera că optimul dimensional om—maşină se realizează în cazul categoriilor mai mici de înălţime — categoria submijlocie (149,0—152,9 cm), categoria mijlocie (153,0—155,9 cm) şi chiar de înălţimile cuprinse în categoria supramijlocie (156,0—158,9 cm) şi de cele de la limita inferioară a categoriei mari (159,0—166,0 cm).

În momentul actual în ţesătoria Întreprinderii „Ţesătura" Iaşi predomină categoriile de statură mare şi supramijlocie.

Pentru meseria de ţesătoare recomandăm a fi selecţionate înălţimile cuprinse între limitele generale de 153,0—166,0 cm.

To establish the most favurable corporal dimensions of the attending personnel of the spinning and weaving machines, were mesured the most important hights at which is necessary to intervene during the work of the machines in running at the „Ţesătura" Weaving Factory from Iaşi. To determine the mean values of the important corporal dimensions (the body height, the leg height, and arm length), and also to appoint the percentage distribution of the body height by the categories of the categories of the dimorphical R. Martin scale for this character, two samples of 100 subjects working in the spinning and weaving mills were measured.

The introduction at the entrance examination for textile-schools or engagement in the textile industry of the anthropometrical criterion for the professional selection and orientation depending on the body height is proposed.

The selection of the following body height categories is recommended : a) for the spinning profession — the body height categories comprised between the general limits of 156,0—187,0 cm, and b) for the weaving profession — the body height categories comprises between the general limits of 153,0—165,0 cm.

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul nr. 1

Înălţimea principalelor puncte de intervenţie la unele maşini din filatură şi ţesătorie

Nr. crt.	Denumirea maşinii	Denumirea punctului măsurat	cota mm
1.	Flaier Platts 1949	Înălţ. butonului de comandă	1 500
		Înălţ. pîrghiilor de pornire	1 570
2.	Flaier Platts modernizat	Înălţ. contorului de producţie	1 070
		Înălţ. butoanelor de comandă	1 350
		Înălţ. şaibelor de poziţionare a rolelor pe conoizi	250
		Înălţ. tabloului de comandă	1 060
3.	Ring Platts	Înălţ. tabloului de comandă	1 050
		Înălţ. poliţei de alimentare	1 250
		Înălţ. butonului de cuplare	150
		Înălţ. tabloului de comandă sec.	600
4.	Ring „Unirea“ Cluj	Înălţ. tabloului de comandă	1 600
		Înălţ. poliţei de alimentare	1 980
		Înălţ. conducătoarelor de fir	1 000
5.	Război Northrop	Înălţ. automatului	820
		Înălţ. butonului de pornire	870
		Înălţ. manetei de pornire	1 020
		Înălţ. traversei de piept	880
		Înălţ. pedalei de schimbare a sensului	200
		Înălţ. magaziei de alimentare	1 450
		Înălţ. butonului de schimbare automată a canetelor	1 240
6.	Război „Unirea“ Cluj	Înălţ. manetei de pornire	1 070
		Înălţ. traversei de piept	880
		Înălţ. suportului iţelor	1 320
		Înălţ. butonului de pornire	1 120
		Înălţ. lăzii cu canete	1 330

Tabelul nr. 2

Mediile principalelor caractere antropometrice la cele două eşantioane de muncitoare din filatură şi ţesătorie

Nr. crt.	Caracterul	Media cm Filatură	Ţesătorie
1.	Înălţimea corpului	154,96	151,79
2.	Lungimea membrului inferior	77,65	79,03
3.	Lungimea membrului superior	69,48	69,89

Tabelul nr. 3

Repartiţia procentuală pe categorii a staturii la cele două eşantioane de muncitoare din filatură şi ţesătorie

Nr. crt.	Categoria de statură		Procente Filatură	Ţesătorie
1.	Talie pitică	x —120,9	—	—
2.	Talie foarte mică	121,0—139,9	—	2,00
3.	Talie mică	140,0—148,9	13,41	15,00
4.	Talie submijlocie	149,0—152,9	19,51	15,00
5.	Talie mijlocie	153,0—155,9	28,04	15,00
6.	Talie supramijlocie	156,0—158,9	14,63	20,00
7.	Talie mare	159,0—167,9	23,17	30,00
8.	Talie foarte mare	168,0—186,9	1,21	3,00
9.	Talie uriaşă	187,0— x	—	—

INTEGRAREA PSIHOPATULUI ÎN MEDIUL INDUSTRIAL LUCRARE EFECTUATĂ ÎN CADRUL L.S.M. ŞI DISP. DE ÎNTREPRINDERE C.P.L. DROBETA TURNU SEVERIN

Bizoi Constanţa, Alexandrescu L., Alexandrescu Irina, Pavel C.
— *Turnu Severin*

În discuţia pe care ne-am propus-o în legătură cu raporturile dintre personalitate şi mediul industrial avem în vedere pe lîngă complexitatea elementelor care definesc şi caracterizează în general personalitatea, cauzele şi condiţiile care fac ca inadaptarea să fie determinată de dezorganizarea persoanei şi încercînd concomitent o prezentare sintetică a formelor de afirmare pe plan individual şi social a inadaptării.

În procesul compensării psihopatiilor, are loc o reformare complexă a structurii lor, datorită dezvoltării unor schimbări secundare compensatorii de personalitate pe fondul unor trăsături caracteriologice patologice primare ale personalităţii.

Totuşi, fiecare psihopatie îşi menţine simptomele sale clinice specifice care trebuie luate în consideraţie cînd se încearcă crearea de condiţii care să faciliteze adoptarea unor astfel de pacienţi.

Luarea în considerare a trăsăturilor specifice de structură a psihopaţilor şi a reacţiei pacienţilor la diferiţi factori, permite selecţionarea de condiţii în care exigenţele faţă de partea „slabă" a personalităţilor să fie redusă, pe cînd părţile relativ „tari" ale personalităţii să fie aplicate productiv.

— Condiţiile care contribuie la facilitarea compensării psihopaţilor inhibaţi : oferirea posibilităţii de a-şi limita selectiv contactele cu cei din jur, activitatea într-o sferă relativ limitată, posibilitatea de odihnă la timpul potrivit.

a) Psihastenicii dau bune rezultate acolo unde se cere observare obiectivă, calcul strict, planificare, analiză atentă, evaluare obiectivă. Ei se adaptează bine la activităţi cu schimbări reduse, unde se repetă anumite operaţii pe care le-au asimilat odată.

De asemenea, ei pot fi mai bine adaptaţi dacă sînt puşi să activeze în colaborare, cînd pot da dovadă de activitate, chiar dacă lăsaţi singuri sînt prea pasivi.

— Factori psihogeni traumatizanţi şi decompensanţi pentru psihastenici şi în general pentru psihopaţii inhibaţi, sînt activitatea intensă, fără posibilitate de odihnă sau de scădere a ritmului. De asemenea, necesitatea lărgirii contactelor şi a asocierii cu persoane necunoscute, intervenţia în viaţa lor a noului, neprevăzutului (schimbarea locului de muncă, a locuinţei, a statutului familiei).

— Nu numai realitatea acestor schimbări este psihotraumatizantă, ci şi aşteptarea unor presupuse schimbări.

b) Psihopaţii excitabili — situaţiile care facilitează compensarea sînt cele care necesită o încărcătură emoţională, decizii rapide, activitate fără diferenţieri fine a nuanţelor situaţiei, fără necesitatea de a fi precaut şi de a adopta atitudini gîndite şi rapide.

Îi decompensează încărcările psihice inacceptabile pentru o personalitate cu deficit al proceselor inhibitorii : renunţarea la lucrul început, încetinirea silită a ritmului. Situaţiile care presupun neparticiparea, abţinerea, sînge rece, sînt foarte greu de suportat pentru hiperactivi (în conflicte excitabilii trebuie să ia parte cuiva de cele mai multe ori într-un mod neadecvat).

c) Istericii : trebuie găsite de la caz la caz, părţile „tari" ale personalităţii lor. De multe ori stabilesc un foarte bun contact cu copiii şi lucrează bine în colectivităţi de copii, alte ori au înclinaţii pentru anumite activităţi artistice, trebuind deci încurajaţi în arta respectivă.

În general pentru compensarea lor este necesară antrenarea în situaţii noi, schimbătoare cu noi contacte bazate pe interpretări subiective puternic colorate emoţional.

Momente de decompensare : necesitatea analizei obiective, planificarea şi continuitatea acţiunilor, în general renunţarea la autoafirmare.

Pornind de la convingerea că mediul industrial ocupă rolul primordial în viaţa socială ne propunem să analizăm pe un număr de 25 cazuri originea endogenă şi exogenă a situaţiilor conflictuale care trebuie psihologic determinate tocmai în scopul aprofundării cauzelor şi condiţiilor fenomenului de inadaptare a personalităţii în mediul ei de afirmare.

Considerînd ca definitorie dezadaptarea relaţională pentru subiecţii noştri şi remarcînd pelerinajul lor prin diferite colective de muncă am considerat util să ne axăm analiza pe criteriul continuităţii la locul de muncă şi în profesie.

Am alcătuit trei grupe :

— grupa I formată din 9 subiecţi caracterizată prin continuitate la locul de muncă şi în profesie.
— grupa II formată din 6 subiecţi caracterizată prin continuitate în profesie dar nu şi la locul de muncă.
— grupa III formată din 10 subiecţi cu activităţi sporadice.

Am urmărit comparativ la celei trei grupe modul de integrare în formaţia de lucru şi specificul acestei integrări, în scopul de a evidenţia factorii ce condiţionează stabilitatea în profesie şi la locul de muncă a psihopatului.

Apreciem ca revelatoare pentru nivelul integrării următoarele zece aspecte : perfecţionarea pregătirii profesionale, funcţionalitate, conştiinciozitatea şi responsabilitatea ; interesul în producţie ; rezolvarea calitativă a problemelor de servici, iniţiativa, colaborarea, autoritatea, optimismul.

1. Sub aspectul pregătirii profesionale la grupa I predomină muncitorii calificaţi — nivel mediu de calificare plus curs de calificare la locul de muncă. La grupa II nivelul de şcolarizare este mai ridicat — predomină muncitorii cu şcoala profesională. liceu, şcoli tehnice etc. Ca specialişti în producţia lor sînt mai slabi cotaţi decît cei din grupa I. În grupa III predomină muncitorii necalificaţi şi cei cu studii neterminate. Ei sînt apreciaţi negativ.

2. Funcţionalitatea deşi deficitară la toate trei grupele este totuşi mult superioară de grupa I comparativ cu II şi III.

3. Sub aspectul conştiinciozităţii apar de asemenea diferenţe.

Celor din grupa I li se poate încredinţa orice sarcină trebuind însă să fie controlaţi. Grupa II tratează superficial problemele de serviciu, nu li se poate încredinţa orice sarcină, Grupa III necesită permanentă supraveghere, trebuie antrenaţi de colectiv.

4. Interesul în muncă la grupa I trebuie privit mai nuanţat deşi în general lucrează corect, refuză unele lucrări sau lucrează după toane. Grupa II — se constată o supra- şi autoestimare, se reiau lucrări grele care de regulă sînt abandonate. Grupa III — predomină atitudinea refractară negativă.

5. În privinţa calităţii grupa I dă mai puţin rebuturi faţă de grupa II şi III.

6. Operativitatea este în medie mai bună la grupa I şi II decît grupa III. Subiecţii din grupa II au

capacitatea să lucreze în salturi şi să facă totuşi faţă unor întîrzieri.

7. Iniţiativa este un fenomen rar la grupa I, grupa II dovedeşte iniţiativă, grupa III exces de iniţiativă, dar fără simţul realităţii.

8. Relaţiile de serviciu: grupa I mai dificile decît la cei din grupa II iar grupa III perturbă colectivul sau se izolează.

9. Autoritatea: grupa I reuşesc să-şi impună autoritatea, grupa II se constată un declin al autorităţii cu vechimea din cauza indiciplinei lor, grupa III atrag atenţia dar nu-şi impun autoritatea.

10. Optimismul: grupa II este superioară grupei I şi III.

La examenul psihologic apar diferenţe semnificative între grupe.

Analiza comparativă psihologică

Din antecedentele familiale şi personale ale subiecţilor noştri apar deosebiri semnificative între grupe:

— Grupa II predomină psihopatiile marginale în timp ce în grupa I şi III prezenţa tulburărilor de nucleu.

— La grupa II-a aspectele somatice sînt mai puţin revelatorii, predomină picnici cu proporţii mezomorfice stenice, sînt numeroşi cei cu structuri atletice amintind viscozitatea Grupa I—III predomină leptosomicii şi displasticii, este revelantă impresia de juvenilitate produsă de cei din grupa I, de asemenea frecvenţă crescută în această grupă a cerebralilor. grupa II, prin anxietate la grupa I şi labilitate extredismorfici. Sub aspect temperamental indicele de introversie apare crescut la toate trei grupele fiind însă caracteristice pentru grupa I persistenţa şi forţa este mai mare la grupa II-a, iar afectivitatea la grupa I şi III.

Dispoziţia este caracterizată prin irascibilitate la grupa II prin anxietate la grupa I şi labilitate extremă la grupa III.

Sub aspect cognitiv nu apar diferenţe semnificative între lotul nostru şi normali şi nici în interiorul lotului.

Probele de gîndire şi eficienţă operaţională sînt mai bine rezolvate de cei din grupa I urmînd în ordine grupa II şi grupa III. La grupa III există foarte mari diferenţe între subiecţi ceea ce arată că privind inteligenţa grupa III este neomogenă.

Examenul afectivităţii deosebeşte clar cele trei grupe între ele şi lotul în ansamblu de subiecţii normali.

Gradul scăzut al irascibilităţii la grupa II cu persistenţa afectului, impresionabilitatea la grupa I.

Labilitatea afectivă la grupa III pare dominantă. Este notabilă şi imaturitatea afectivă mai mare la grupa I-a, dar caracteristică pentru tot lotul.

Dependenţa afectivă este mai accentuată la grupa I. Se pare că aceştia au cea mai mare nevoie de înţelegere şi încurajare. Climatul securizant este indispensabil.

Sub aspect caracterial grupa III obţine notele cele mai joase, iar grupa I pe cele mai ridicate (continuitate la locul de muncă).

Concluzii

Respectul faţă de fiecare membru al societăţii, necesitatea asigurării tuturor condiţiilor de dezvoltare armonioasă şi deplină a personalităţii, implică instituirea celor mai eficiente măsuri de sanogeneză vizînd în special dezvoltarea somato-psihică a tinerei generaţii.

— Împărţirea pe grupe ajută la acţiunea de profilaxie psihiatrică, la orientarea socio-profesională.

— Criteriile medicale sistematizează mai uşor defectele dar şi aptitudinile psihopaţilor. Orientează accentul în psihoterapie pe părţile lor „tari" pentru evitarea descompensărilor.

— Scoate în evidenţă necesitatea colaborării serviciilor de specialitate cu dispensarele de întreprindere în acţiunea de intensificare a muncii de educaţie şi promovare a sănătăţii mintale.

Paying respect to every member of the society, making sure that everybody has the conditions for a full and rightful development of his personality, implies sanogenetic measures of the most efficient type.

Acting for socio-professional orientation and adjustment it is helpful to separate subjects in groups, using criteria such as the initial formal degree of professional adjustment. Every psychopathic personality has his „week" and „strong" sides, and their consideration is essential when indicating a place to work in.

Prolonged continuity in the same job does not always means good professional adjustment (from some points of view), the latter beeing improved by the quality of the apprenticeship. Tight collaboration between the psychiatrist in the Mental Health Laboratory and the general practitioner at the Industrial Plant Dispensary is needed, because the adjustment of the psychopathic personality demands frequent reinterventions, having its own marked dynamics.

REFLECTAREA GREŞELILOR DE ORIENTARE ŞI DE OPŢIUNE PROFESIONALĂ ÎN PSIHOPATOLOGIA ADAPTĂRII STUDENTULUI

Octavian Ieniştea

— Laboratorul de sănătate mintală; Spitalul pentru studenţi — Bucureşti

Problema inserţiei profesionale corecte a tinerilor este de domeniul interdisciplinarităţii, investigaţiile medicului găsindu-şi justificarea în modul propriu de abordare a problemelor antropologice — de la particular la general — diferit de cel al sociologului sau pedagogului care analizează cazul particular prin prisma organizării generale a sistemului în care acesta se încadrează. În acest spirit, consider că prezentarea sintetică a experienţie acumulate de-a lungul a peste 15 ani de activitate în cabinetul de neuropsihiatrie al policlinicii studenţeşti din centrul nostru universitar, poate contribui la cunoaşterea uneia dintre premisele adaptării şi integrării profesionale a acestor tineri. Făcînd apel la caracterul convingător al datelor statistice şi la posibilităţile largi de interpretare pe care acestea le oferă, comentariile pe marginea lor se vor limita la cele cu caracter explicativ.

Dintr-o primă cercetare personală efectuată în perioada 1961—63 pe un lot de 200 studenţi suferind de o nevroză constituită menţionez faptul că 10,5% dintre ei au recunoscut lipsa motivaţiei pentru profilul facultăţii freceventate, iar la 40% dintre ei, suprasolicitarea de natură şcolară era unul dintre factorii etiologici ai nevrozei. Deşi suprasolicitarea studentului recunoaşte cauze multiple, cum ar fi deficienţele de organizare şi desfăşurare a procesului de învăţămînt, cauze de ordin familial sau social, cauze medicale etc., printre cele individuale un rol de seamă îl deţin insuficienţa aptitudinilor specifice profilului facultăţii şi neconcordanţa acestui profil cu vocaţia

tînărului. În acest sens, suprasolicitarea intelectuală manifestă poate fi folosită ca un indicator indirect al unei opţiuni inadecuate, cu atît mai mult, cu cît, aşa cum subliniază şi N. Cosmovici, între 17 şi 20 de ani, realizarea dominantei de integrare socio-profesională depinde de raportul dintre rol şi statut, profesie, carieră şi vocaţie. Contribuţia nivelului scăzut al inteligenţei, testată prin intermediul Q.I., adică a facultăţilor cognitive generale — factorul „G" — (G. Wagner), în geneza eşecurilor şi a performanţelor slabe la învăţătură ale studenţilor este mult controversată, dar impresia generală care se degajă din numeroasele cercetări întreprinse contrazice existenţa obligatorie a unui Q. I. subnormal la tinerii cu eşecuri grave.

O altă cercetare, cu caracter longitudinal, efectuată între 1963 şi 1972, înglobînd : 700 studenţi cu nevroză, 700 cu reacţii nevrotice sau de dezadaptare pseudonevrotică şi 200 indemni de tulburări psihice — lotul martor — a scos la iveală faptul că neconcordanţa dintre vocaţie şi profilul facultăţii frecventate era prezentă la 21,1% dintre nevrotici, la 31,6% dintre cei cu dezadaptări acute, faţă de numai 17% dintre componenţii lotului martor. Dar greşita opţiune profesională figurează în etiologia tulburărilor la 11,6% dintre cei cu o nevroză constituită, la 18,5% dintre cei cu reacţii dezadaptative nevrotice şi pseudonevrotice. În schimb, suprasolicitarea de natură şcolară apare ca factor etiologic probabil la cca 62% din totalitatea celor 1 400 nevrotici investigaţi. Este evident faptul că, pentru cei care vor reuşi să absolve facultatea, dificultăţilor de adaptare în producţie amorsate de lipsa motivaţiei pentru profesie abordată li se vor adăuga şi cele induse de nevroză. Spun „cei care vor reuşi să absolve facultatea", pentru că din lotul menţionat 8,2% au fost constrînşi să abandoneze studiile, iar 35,7% au repetat ani universitari. Rata abandonurilor era în lotul celor cu o motivaţie corespunzătoare specificului facultăţii de 8,6%, crescînd la 9,8% printre cei cu opţiune profesională greşită, iar procentul repetenţiilor era de 38,6 la primii, faţă de 54 printre cei din urmă. Separînd însă întregul lot în 2 grupe, una cuprinzînd pe cei 500 nevrotici care au înregistrat eşecuri şcolare grave — repetenţie sau abandon şcolar — şi a doua înglobînd restul de 900 nevrotici fără astfel de eşecuri, se constată că discordanţa dintre opţiune şi vocaţie apare ca factor etiologic al tulburărilor de adaptare la 18,8% dintre primii, faţă de numai 13% printre ceilalţi, diferenţă ce echivalează cu o probabilitatea statistică de peste 99% (Chi patrat = 8,45). Se desprinde astfel cu claritate riscul dublului eşec, adaptativ (nevrotic) şi universitar, existent la studenţii care au optat pentru o specialitate neconformă propriei vocaţii.

discordanţă vocaţie—opţiune profesională → eşecuri universitare ⇅ eşec adaptativ — nevrotic —

În ceea ce priveşte influenţa greşitei opţiuni profesionale asupra evoluţiei tulburărilor nevrotice, aceasta se poate deduce cu claritate din semnificaţia diferenţei (Chi patrat = 51,4 probabilitate de peste 99,73%) dintre procentul evoluţiei favorabile a tabloului nevrotic, care este de 64 printre nevroticii fără eşecuri universitare grave şi de numai 44 printre cei care au înregistrat repetenţii sau au fost constrînşi să abandoneze studiile.

Cercetări similare întreprinse de I. Alexandrescu în centrul universitar Iaşi au evidenţiat faptul că 44% dintre studenţii cu eşecuri universitar frecventau o facultate neconformă vocaţiei lor, iar sondajul întreprins de Viorica Stănculescu printre 100 de studenţi clujeni a relieţat faptul că numai 12 dintre ei şi-au ales facultatea în urma unei deliberări mature. Şi C. Bloch constată că din 100 de studenţi belgieni 33% îşi aleseseră specialitatea fără a ţine seama de vocaţia lor. În aceiaşi ordine de idei, un sondaj efectuat în centrul nostru universitar printre 875 studenţi neselecţionaţi, a demonstrat că 27,4% dintre ei se simţeau mai atraşi de altă profesie decît aceea pentru care se pregăteau, 22,3% susţinuseră chiar şi examenul de admitere la alte facultăţi decît aceea pe care o frecventau, iar 42,1% au fost admişi după una sau mai multe repetări ale concursului de admitere.

Concluzia principală ce se desprinde din cele cîteva date prezentate, coroborate cu experienţa personală necuantificabilă, este aceea că influenţarea prin toate mijloacele a corectei opţiuni profesionale a absolventului de liceu şi ridicarea nivelului calitativ al filtrului reprezentat de sistemul de selecţie al viitorilor studenţi, constituie tot atîtea modalităţi de profilaxie a dificultăţilor de inserţie în viaţă şi profesie a tînărului care a dobîndit o diplomă universitară, ceea ce echivalează şi cu creşterea concomitentă a creativităţii noilor generaţii de intelectuali.

În altă ordine de idei, pe plan metodologic, prezenta expunere demonstrează odată mai mult utilitatea analizei factoriale a etiologiei tulburărilor nevrotice şi pseudonevrotice ale studentului.

Tht main idea issuing from the author's paper is that the discrepancy between the professional option and vocation highly determines the appearance of various difficulties in the professional insertion of the youth with university training.

The first consequences of the wrong professional career option appear early during the university studies period under two forms : first, scholar or neurotical disadaptations, syndroms dominating the student's morbidity ; and secondly, university failures and abandonments. In order to reduce the incidence of phenomenon mentioned above, the author proposes an amelioration in the activity of professional orientation of the pupils in lyceums and a rise in the selectivity of the university entrance competition.

The studies made by the author demonstrate that among students, neurotical or not, the incidence of the mentioned nonconcordance levels 20—30%, while the discordance professional option — vocation is much more frequent as a cause of neurotical disadaptation in the students having study failures. As regards the evolution of the neurotical disturbances with this particular category of students, the author observes a considerable diminuation of the recovering and amelioration rate as compared with the rest of the neurotical students.

These data plead for the existence of a tight correlation between the scholar or neurotical disadaptations, the university failures and the discordance professional option — vocation.

Therefore the nonconcordance between the professional option and vocation proves to be an important risk factor for the psychic health and for the correct professional insertion of the young man, especially when, having passed the graduation he begins his profesional activity.

Scanned with OKEN Scanner

UNELE ASPECTE SUBIECTIVE ŞI OBIECTIVE ALE INTEGRĂRII PROFESIONALE A TINERELOR ŢESĂTOARE

Liviu Poroch, Viorel Paraschiv, Mariana Paraschiv, M. Şelaru, N. Cosmovici

— Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola" — Iaşi

Integrarea în profesie implică elemente multiple, unitare şi contradictorii, tehnice, organizatorice, informaţionale, psihologice (diferenţiale şi sociale), educaţionale, axiologice, sociologice etc.

Elementele integrării profesionale, se împart frecvent în literatura de specialitate în :

— *elemente subiective :* (aşteptări, satisfacţii, aprecieri, motivaţii ale alegerii profesiei, aspecte axiologice şi educaţionale, ideologice în sens larg) şi

— *elemente obiective :* (calificare, vechime în profesie, randament). Exprimîndu-ne într-un limbaj comun această împărţire se face pentru a evidenţia gradul de cuprindere a locului în profesie, de realizare a personalităţii individului în profesie.

O reuşită profesională, un randament deosebit în producţie, deci o integrare funcţională obiectivă perfectă nu implică neapărat o cuprindere a personalităţii, o integrare subiectivă de asemenea perfectă.

Ideal ar fi o corespondenţă biunivocă a acestora.

În cercetarea de faţă punem accentul pe *latura obiectivă* a integrării ţesătoarelor, mai precis *vom urmări dacă unui anumit grad de integrare funcţională de randament îi corespunde un grad apropiat sau cu un nivel mai mic de integrare subiectivă.*

În condiţiile societăţii noastre nu interesează numai randamentul oamenilor ci şi realizarea lor ca personalitate.

Practic prin cercetarea noastră din anul 1976 am aplicat chestionare din care ne-am informat asupra petrecerii timpului liber, a calificării, a vechimii în întreprindere şi în profesie, a situaţiei familiare, a condiţiilor de locuit, a aşteptărilor şi satisfacţiilor profesionale, a motivaţiei şi alegerii profesiei, a relaţiilor profesionale din fiecare secţie, (ţesătoare — firăreasă — ajutor maistru II) a greutăţilor ce le au în procesul muncii etc.

De asemenea, am extras din evidenţa secţiei indicii de îndeplinirea normelor şi diferenţele de plată pentru calitate.

Chestionarele s-au aplicat ţesătoarelor tinere (între 18—22 ani) din turele A şi B pentru a se face corelaţii între ele.

În tura A am aplicat un număr de *67 chestionare* iar în tura B, 58. Completarea a fost benevolă, ţesătoarele nu şi-au înscris numele pe chestionar, asigurînd în acest fel un grad mai mare de sinceritate celor declarate.

Dacă analizăm îndeplinirea sarcinilor profesionale pe luna martie, constatam că numai 3 tinere ţesătoare din tura A şi 4 din tura B au un indice de realizare a normelor sub 100% şi acestea între 94,8% — 98%.

În această situaţie am putea declara că integrarea funcţională a ţesătoarelor este aproape perfectă, plecînd de la premiza că elementul obiectiv principal al integrării socio-profesionale, randamentul, se realizează în condiţii normale.

Dar să vedem în ce condiţii subiective, care este gradul de cuprindere umană, a intereselor de personalitate, satisfacţie, aşteptări, împliniri a unui proiect uman de convetuire socială civilizată etc., în care se analizează aceste procente de randament.

Pentru aceasta se presupune o prezentare sistematică, pe de o parte, a ceea ce aduc tinerelor ţesătoare cu ele, valenţele subiective ce le conturează profilul profesional, pe lîngă calificare, experienţă în profesie, adică motivaţia alegerii profesiei, menţinerea disciplinei profesionale, şi realizarea aşteptărilor prin satisfacţii profesionale, iar pe de altă parte ceea ce le oferă locul de muncă : organizatoric şi uman-social, relaţiile preferenţiale în grupurile de muncă, aspecte de decizie şi circulaţei a informaţiei profesionale, aspecte ale activităţii organizaţiei profesionale — sindicat, în condiţiile noastre chiar ale organizaţiei politice etc. ; toate acestea privite apoi la nivelul locului de muncă, ca sistem social, în funcţionalitatea lui specifică.

Pentru a obţine informaţii relativ la atitudinea tinerelor ţesătoare faţă de profesia lor, la motivaţia angajării lor în această profesie le-am pus următoarea întrebare evantai :

— *Cum aţi ajuns ţesătoare ?*

— m-au îndemnat părinţii ;
— tradiţie în familie ;
— din întîmplare ;
— trebuie să muncesc ?
— am simţit că am înclinaţii ;
— nu am găsit altă soluţie.

Ele au subliniat varianta care li se potrivea. A reieşit următoarea distribuţie : în primul schimb A, din care au răspunse 67 de ţesătoare, unde au punctat două variante, aşa că totalul depăşeşte numărul 67 ; aceasta denotă o nestatornicie în aprecierea lor.

Acest rezultat poate ocaziona numeroase pagini de interpretare asupra caracteristicilor actuale ale forţei de muncă, a relaţiilor posibile şi reale dintre individ şi profesie, a influenţei, exercitării profesiei asupra atitudinei faţă de profesie, chiar şi asupra motivaţiei iniţiale în alegerea profesiei etc.

Putem concluziona că tinerele ţesătoare din schimbul A nu au avut iniţial o motivaţie proprice integrării profesionale, deci cînd şi-au ales profesia, mai ales că 21 dintre ele au şcoală profesională. Dar locul de muncă, condiţiile de organizare, în general ceea ce le oferă profesia, întreprinderea le poate schimba atitudinea.

La schimbul B, o situaţie relativ asemănătoare, din 58 de chestionare completate.

La o întrebare de atmosferă, cu implicaţii generale de raport „om—muncă", care cuprinde şi elemente de integrare subiectivă, iniţial şi pe parcursul exercitării profesiei, ca aceasta :

— *Aveţi satisfacţie la locul de muncă ?*

— le-am aşteptat ;
— nu le-am aşteptat ;
— personal sînt mulţumită ;
— nu sînt mulţumită ;

am obţinut următoarea situaţie : foarte multe ţesătoare nu au răspuns la această întrebare (29 din tura A şi 18 din tura B, fapt care va fi interpretat ulterior).

În tura A au răspuns 37 ţesătoare, iar în tura B 40.

Diferenţele dintre ture sînt minime, acestea demonstrează că situaţiile sînt asemănătoare. Că un număr atît de însemnat de ţesătoare nu au răspuns la această întrebare este destul de explicabil, dacă ne amintim că majoritatea şi-au ales întîmplător această profesie, nu au găsit altă soluţie sau dintr-o necesitate stringentă care nu le creia posibilitatea unei alegeri, de la început nu şi-au pus problema unor satisfacţii în profesie şi o notă slabă pentru organizatorii locului de muncă, nici necesitatea profesiei nu le-a făcut surpriza unor satisfacţii.

S-au mai precis ele încă nici nu şi-au pus problema unor satisfacţii în profesii. Aceasta va reieşi

clar în evidenţă cînd vom analiza greutăţile pe care le întîmpină ţesătoarele la locul de muncă.

Dintre cele care au răspuns, raportul este aproximativ egal între „mulţumită—nemulţumită", valabil pentru ambele ture : este un raport limită de viabilitate a unui colectiv care are un scop comun.

Înainte de a trece la desfăşurarea întrebării referitoare la „greutăţile locului de muncă" să vedem ce consecinţă are legătura ţesătoarelor cu profesia lor.

Dacă vi s-ar oferi imediat, alt loc de muncă, cu aceleaşi venituri ;

— aş pleca imediat ;

— m-aş mai gîndi ;

— aş rămîne ;

ne-au dat următoarele răspunsuri :

Nu au răspuns 9 din tura A şi 13 din tura B. Aici cele ce nu au răspuns pot fi trecute la oscilante cu multă siguranţă. Procentul celor ce : „aş rămîne" este diferit în tura B, faţă de tura A : 20% faţă de 30%. În general un coeficient redus de ataşament faţă de profesie.

Presupunem că din cele mai tinere care în momentul cînd s-au încadrat în meseria de ţesătoare se gîndeau că „trebuie să muncească" au dat elementele cele mai integratoare. Erau 34 în tura A şi tot 34 în tura B. Au rămas aproximativ jumătate din ele. Fluctuaţii potenţiale, latenţe sînt într-un număr îngrijorător de ridicat în ambele ture, cu deosebire în tura B.

Concret ce le oferă locul de muncă, ca un element de bază al integrării profesionale, am putut depista prin întrebarea :

— *Ce greutăţi aveţi la locul de muncă ?*

cuprinzînd un evantai de 21 aspecte.

La interpretarea aspectelor din această întrebare vom folosi, pe lîngă datele rezultate din chestionar, anumite observaţii înscrise la sfîrşitul chestionarului de unele ţesătoare, precum şi observaţiile directe în secţie.

Privind coloanele din grafice (fig. 7 şi 8) să ne oprim întîi la cele mai înalte : 3, 16, 17, 2, 15 ; deci : ruperi de fire peste normal, urzeală prost pregătită, bătătură care se rupe des, defecţiuni dese la războaie, aprovizionare proastă cu canete.

Sînt probleme pe care le ştie fiecare care lucrează în secţia ţesătorie, de la cel mai mic pînă la cel mai mare.

Pot fi declarate greutăţile aproape inevitabile ale acestui gen de muncă. Totuşi rămîne posibilitatea ca cineva din afara angrenajului respectiv să mediteze în acelaşi timp cu luciditate şi scepticism asupra acestor fenomene.

Să luăm grupul 3, 16, 17 — care se leagă : „ruperi de fire peste normal, urzeală prost pregătită, bătătură care se rupe des.

La ambele schimburi găsim din nou o situaţie asemănătoare : 49 din 66 — tura A şi 46 şi 58 — tura B, apreciază că se rup fire peste normal : puţin mai ridicat procentul din tura B ; 45 din tura A şi 32 tura B, că urzeala este prost pregătită, 37 tura A şi 32 tura B că mai lucrează cu bătătură de calitate inferioară.

Poziţiile 16—17 depind desigur de alte secţii ale întreprinderii. Alte două coloane destul de ridicate ne indică două aspecte cu implicaţii perturbatoare în desfăşurarea muncii ţesătoarelor : defecţiuni dese la războaie, aprovizionarea defectuoasă cu canete, respectiv coloanele 2, 15 : 45 din tura A şi tura B, se încadrează în coloana 2, iar 32 din tura A şi 28 tura B în coloana 15.

Pentru a simplifica şi în acelaşi timp pentru a merge cît mai direct pe vîna obiectivă, reală a procesului complex de integrare socio-profesională, natural a colectivelor cercetate, cu referiri la elementele care conturbă acest proces, credem că este suficient să ne concentrăm asupra celor exemplificate imediat anterior.

Orice profesie opune anumite dificultăţi tehnice şi organizatorice celor ce profesează, încadrîndu-se astfel într-o anumită ipostază a scării conflictului profesional om—maşină, om—profesie, om—mediu profesional, etc.

Dacă abordăm conflictul profesional din punct de vedere al integrării profesionale, mai precis al realizării integrării profesionale, am putea spune că numai o aşezare în conflict, o cuprindere adecvată a conflictului în sfera posibilităţilor bio-psiho-sociale ale individului îi poate asigura acestuia o integrare reală în profesie.

Dar conflictul profesional poate fi agravat, nu mai amintim de diminuarea lui sub limita normată, de condiţii organizatorice ale producţiei şi muncii.

Este clar în evidenţă că în ţesătorie are loc acest fapt. Trecem peste o caracterizare amănunţită a conflictului om—maşină din această secţie. Putem numai remarca că el are pronunţate caracteristici biologice şi psihologice. Credem că esenţialul constă în faptul de a supraveghea într-o lungă durată (8 ore), nu s-a găsit la noi o soluţie (la pauză) un număr mare de maşini automate, care în orice clipă se pot opri, solicitînd intervenţii directe, de multe ori complicate ; structura şi funcţionalitatea în sine a automatelor îi sînt necunoscute, la defecţiunile mai grele în procesul de ţesut şi în funcţionarea automatelor ţesătoarea trebuie să apleze la firărese şi ajutorii de maiştri.

Ne aflăm în mijlocul drumului între conlucrarea directă cu maşina, cînd omul stăpîneşte maşina, o cunoaşte perfect şi automatizarea completă, de supraveghere fără intervenţii directe.

Fiecare ştim ce înseamnă oprire la jumătatea drumului, ce procese psihologice complicate indică. La aceasta mai putem adăuga zgomotul extenuant şi consumul probabil la limită de energie psihică şi fizică.

Lucrînd cu maşini automate, semiautomate ar trebui să fim responsabili de acest fenomen şi să facem tot ce depinde de posibilităţile organizatorice ca să ridicăm la limită perturbaţiile ; să menţinem conflictul profesional al ţesătoarelor la limitele admisibile, să evităm aspectele de genul că 75% din ţesătoarele din schimbul A se plîng că firele se rup peste normal, de asemenea 79% din schimbul B, cca 68% din ambele schimburi de aprovizionare defectuoasă cu canate etc.

Din cele constatate reiese că ceea ce le oferă locul de muncă ţesătoarelor, privit în perspectiva integrării socio-profesionale, este încă destul de insuficient pentru a realiza acest deziderat atît lor cît şi al întreprinderii.

Scanned with OKEN Scanner

DISTRIBUŢIA RASPUNSURILOR LA ÎNTREBAREA:
„Cum aţi ajuns ţesătoare?"

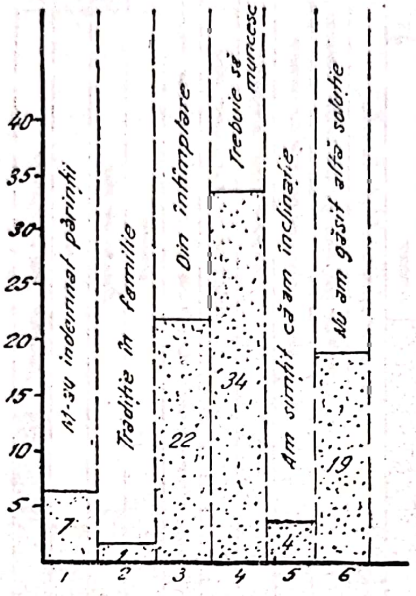


Fig. 1

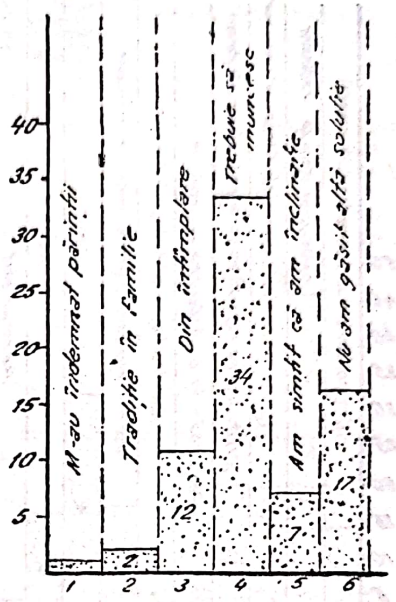


Fig. 2

DISTRIBUIREA RĂSPUNSURILOR LA ÎNTREBAREA:
„Aveţi satisfacţie la locul de muncă?"

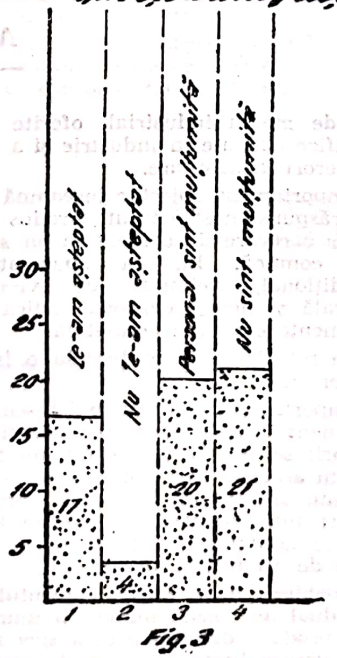


Fig. 3

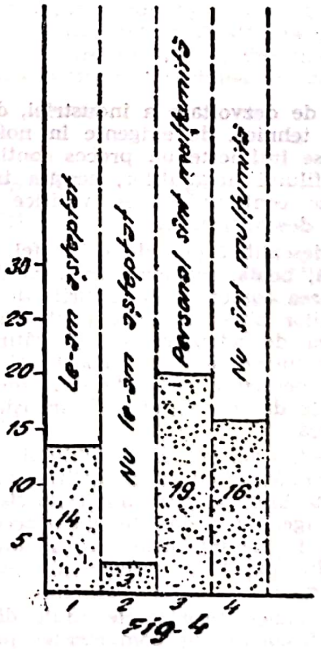


Fig. 4

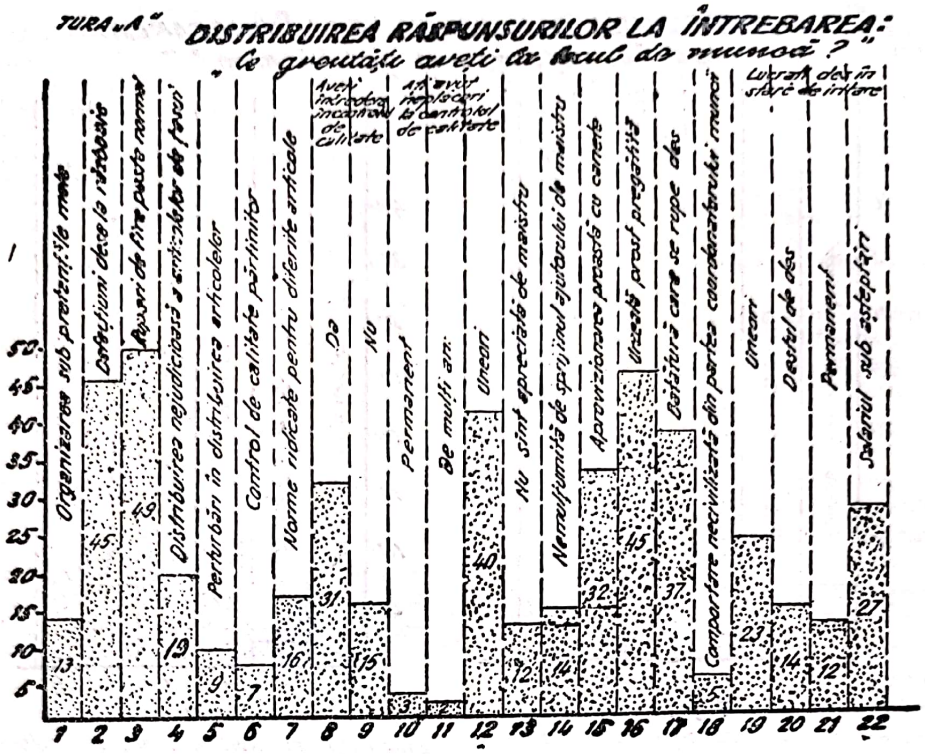


Fig. 5

ROLUL INTERRELAŢIILOR DE MICROGRUP PRODUCTIV ÎN PROCESUL DE ADAPTARE ŞI INTEGRARE ÎN MEDIUL INDUSTRIAL

Andrieş Cleopatra
— Spitalul — Roman

În ritmul alert de dezvoltare a industriei, de aplicare a inovaţiilor tehnice, de exigenţe în noile procedee de muncă se întîlneşte un proces continuu de modificare a profilului angajaţilor, aceştia trebuind să se documenteze continuu, să se verifice practic continuu, să evite descalificările.

Ca remedii a descalificărilor de orice fel (nepregătire profesională, boală, accidente etc.), rămîn deocamdată repartizarea oamenilor la locurile de muncă pe baza aptitudinilor bine verificate pentru a scurta cît mai mult faza de adaptare şi pregătirea din vreme a celor ce urmează a fi repartizaţi la noi locuri de muncă, pentru a cunoaşte din timp noile sarcini, pentru a le da posibilitatea de însuşire anticipativă, psihologică.

Participarea afectiv-volitivă a individului angajat are tot atîta însemnătate cît şi pregătirea profesională ; un om foarte bine pregătit, atît timp cît refuză o sarcină, o respinge, nu o doreşte, nu o acceptă în întreprindere e la fel de inutilizabil ca şi unul total necorespunzător din punct de vedere al pregătirii teoretice şi practice.

Tocmai aici se ridică problemele mult discutate ale orientării profesionale, al competenţei profesionale, a atitudinii faţă de muncă, a nivelului de educaţie, a responsabilităţii profesionale, a cointeresării materiale şi morale al individului angajat.

Înrîuririle pe care le exercită procesele de muncă asupra comportamentelor sociale, colective, grupate organizaţionale, instituţionale, constituie o problemă de continuu studiu pentru sociologi, pentru psihiatria socială în sensul facilitării, adaptării la noile condiţii de mediu industrial, oferite prin descoperirile ştiinţifice aplicate în industrie şi a corectării eventualelor erori în adaptare.

Comportament colectiv înseamnă de fapt o reacţie sau răspuns nestructurat, produs spontan al unui număr oarecare de oameni la un stimul sau o influenţă comună. El, ca apartentul selectiv este netradiţional, neimpus de vreo normă socioculturală şi neorganizaţional, adică neimpus de vreo reglementare socială prealabilă.

Este reacţia unei mulţimi la o întîmplare de interes pentru ea.

Comportament colectiv mai înseamnă şi orice comportament desfăşurat de un colectiv cu condiţia ca membrii săi să fie legaţi într-un fel sau altul între ei, prin acelaşi spaţiu prin participarea lor la aceiaşi societate şi cultură, deci atît comportamente spontane şi întîmplătoare ale mulţimilor cît şi comportamente organizate şi normate ale colectivelor, modelate de tradiţii şi organizaţii.

Deosebirea între comportamentul colectiv şi cel individual nu constă numai în număr ci şi în faptul că se produce după structura specifică a colectivului, după personalitatea socială de grup, a acestuia, pe cînd cel individual se produce după individualitatea şi personalitatea fiecăruia.

Organigrama întreprinderilor ne furnizează date asupra relaţiilor obligatorii dintre diferitele colective şi persoane individuale.

Interes deosebit oferă problema microgrupurilor de muncă a căror dinamică a fost studiată de J. L.

Moreno, Kurt Lewin, precum şi alţi psiho-sociologi industriali.

În microgrupurile productive constituite de fapt pentru început conform unor nevoi tehnico-organizaţionale obiective prin decizia forurilor de conducere, oamenii găsesc un cadru organizaţional şi funcţional bine determinat.

În general se ţine seama de faptul că e vorba de om, comunitate de oameni şi mai puţin de particularităţile individuale ale fiecărui membru în parte, de biologia lor şi mai mult de psihologia lor mai puţin precum şi de capacitatea lor de a se adapta unii cu alţii.

La repartizare puţine sînt locurile de muncă unde oamenii merg pe baza unui aviz psihologic, mai frecvent repartiţia făcîndu-se de la serviciul personal.

În ultimii ani în întreprinderile mari s-au creat adevărate laboratoare uzinale de psihologie, al căror rol favorabil se confirmă cu prisosinţă.

Desigur că orice cetăţean valid pentru muncă trebuie să-şi găsească un loc adecvat. Dar nu toţi au aceleaşi resurse adaptative.

Pentru cei ce se acomodează cu uşurinţă, şansele de „rodare", „armonizare" în microgrupul productiv sînt mari, pentru cei cu resurse adaptative dificile, situaţia poate deveni critică.

Tocmai aceste situaţii trebuie să le rezolve microgrupul productiv. Microgrupul este cel care primeşte influenţele diferitelor persoane din afară precum şi influenţele întreprinderii, putînd fi ca şi indivizii introverte şi extraverte. Cele complet intravertite riscă să fie eleminate ca neasimilabile întreprinderii iar cele extraverte se dizolvă, se contopesc cu altele asemănătoare participînd la ţelul comun al întreprinderii respective.

Microgrupurile productive în care oamenii nu se pot armoniza prezintă un risc coeziv cu generarea unei atmosfere de încordare, de tensionare afectivă şi competiţie care în anumite limite poate fi de dorit cînd oamenii sînt stimulaţi să dea cît mai mult sau dimpotrivă să ducă la rezultate negative.

Intervenţia fatcorilor de conducere, de îndrumare şi control din întreprindere face ca aceste microgrupuri să nu evolueze conform numai tendinţelor lor interioare.

Şeful de grup ca „dirijor", ca modelator care să aducă la unison diversitatea grupului este cel care trebuie să cunoască fiecare membru în parte cu calităţile lui biologice, psihologice şi sociale, este cel care trebuie să ştie să frîneze la timp tendinţele de rupere a coeziunii grupului şi în acelaşi timp să permită afirmarea plenară a fiecărei personalităţi individuale.

Încadrarea unui nou angajat într-un grup bine închegat oferă acestuia importanţa puterii tradiţiei, normele de grup devenind pentru acesta prestabile, preexistente. Neconformiştii încadraţi în microgrup dirijaţi atent în continuă informaţie prin cooperarea tuturor factorilor psiho-sociali şi socio-culturali pot fi modelaţi în sensul consolidării grupului, în sensul armonizării la viaţa întreprinderii.

În întreprinderile cu tradiţie, microgrupurile productive sînt formate şi modelate de predecesori, noii veniţi avînd un suport, un exemplu în armonizarea lor.

Pentru colectivele noi formate, fără înaintaşi, deciziile şi le iau singure crearea coeziunii cerînd intuiţie, prudenţă, iscusinţă, din partea conducătorilor de grup. De aici denotă necesitatea alcătuirii grupelor productive din oameni valizi fizic şi psihic cu competenţă profesională adecvată cerinţelor, structură ideo-afectivă în consensul structural al societăţii noastre.

The large development of great industrial areas, leads to the work division, the workers being grouped in productive microgroups.

Structurally, these productive groups have initially a varied frame and their structure is now relying on a scheme, the interest falling rather on the number of workers than on each individual qualities of adaptation.

The worker's mental training together with emotional volitive participation, have the same importance as professional training has.

The necessity of a correct professional orientation of the training made by responsible specialists, the formation of the right attitude towards work and the necessity of the raising of the instructive level in accordance with our socialist society are required now.

INTERRELAŢIILE DE MICROGRUP PRODUCTIV, FACTOR ACTIV ÎN SANOGENEZĂ

M. Şelaru, V. Paraschiv, N. Cosmovici
— Spitalul clinic de psihiatrie „Socola" — Iaşi

Punctul fundamental de plecare în analiza problematicii umane decurge din formularea marxistă conform căreia „...esenţa umană nu este o abstracţie inerentă individului izolat. În realitatea ei ea este ansamblul relaţiilor sociale" (K. Marx, Fr. Engels, *Opere*, vol. 3, ed. a II-a, Edit. politică, Bucureşti, 1962 (p. 6). De aici decurge necesitatea explicării fenomenului uman, a genezei şi dinamicii personalităţii în raport de ansamblul structurii relaţiilor sociale, sub aspectul lor social-istoric şi în relaţie cu evoluţia ontogenetică a personalităţii. În acelaşi timp subliniem că individualitatea umană nu reprezintă un sistem pasiv, ci unul activ, funcţional şi procesual, ce se manifestă în cadrul unei sinteze unice, determinată de ansamblul unor conexiuni complexe psiho-sociale, în care particularităţile structurale de reactivitate îşi au participarea lor corelativă corespunzătoare.

Reflectînd condiţiile externe şi interne ale acestor determinări, personalitatea umană apare ca un sistem integrativ superior şi contradictoriu structurat, în a cărei dinamică ontogenetică se încorporează subsumîndu-se dialectic nivele diverse de organizare într-o sinteză unitară, care reflectă în mod specific uman sistemul de valori, pe baza unor relaţii conştiente şi calitativ diferit conştientizate, în cadrul unor medieri cognitive şi exprimate în acţiune şi non-acţiune ca demers teleologic.

În acest sens „Fiecare individ are în afară de simţirea eului, care îl întoarce înăuntru şi o simţire a grupului, o conştiinţă de noi, care-l deschide larg în afară de semenii săi. Viaţa sufletească a oamenilor se petrece deci între aceşti doi poli: individul şi societatea, între care însă comunicarea nu se întrerupe niciodată" (D. Gusti şi T. Herseni).

Aşa cum este însă cunoscut, realitatea socială este un proces dialectic cu contradicţiile sale specifice social-istorice, care sînt reflectate la nivelul conştiinţei fiecărei personalităţi. Aşa cum menţionează Programul P.C.R., în societatea socialistă „...vor continua să se manifeste contradicţii în diverse domenii ale vieţii sociale" (p. 106), însă aceste contradicţii nu au caracterul unei contradicţii fundamentale, de clasă, cu caracter antagonist. În relaţiile umane pot

apare contradicţii între grupuri sau în interiorul grupurilor, întrei ndivid şi colectivitate, care se pot rezolva pe baza realizării concordanţei dintre interesele diferitelor grupurii dintre interesele particulare şi cele generale. Aşa cum arăta K. Marx : „conştiinţa trebuie explicată prin contradicţiile vieţii materiale, prin conflictul existent între forţele de producţie şi relaţiile de producţie", conflict care odată rezolvat, „încheie preistoria societăţii omeneşti". Descoperirea unor contradicţii reale şi nu imaginare reprezintă o sarcină importantă în procesul de făurire a societăţii socialiste multilateral dezvoltate, iar rezolvarea lor se face pe baza promovării noului, a progresului forţelor de producţie, perfecţionarea continuă a relaţiilor socialiste, ca şi a întregii vieţi economico-sociale. Intervenţia activă în rezolvarea acestor contradicţii presupune participarea factorului subiectiv ea element component a unităţii dintre obiectiv şi subiectiv în cîmpul de acţiune a legilor sociale. Această unitate dintre obiectiv şi subiectiv, dintre individ şi societate considerăm că nu trebuie abordată în afara unor contradicţii firesti existente în relaţia dintre cei doi termeni, ca şi în interiorul fiecăruia în parte. Aşa cum subliniau M. Ralea şi T. Herseni : „Conflictul dintre individ şi societate se petrece în cea mai mare măsură chiar în om, între pornirile lui asociale şi antisociale şi cele sociale, între imboldurile biologice ancestrale şi aspiraţiile strict personale şi între nevoia de adaptare şi integrare în viaţa socială şi de îmbogăţire a lui însuşi prin valorile spirituale obiective. Prin urmare raporturile dintre individ şi societate sînt raporturi în continuă mişcare şi variaţie, de flux şi reflux între eu şi noi, care diferă nu numai de la o structură socială la alta, dar şi de la o structură individuală la cealaltă". Procesul educativ îşi are ca obiective fundamentale dezvoltarea multilaterală şi armonioasă a personalităţii umane pe baza însuşirii ştiinţei şi tehnicii avansate, a unui nivel de cultură de un înalt umanism, a însuşirii şi practicării concepţiei marxist-leniniste, toate aceste elemente conducînd la formarea unei conştiinţei politice şi morale ce se obiectivează în procesul creator de valori materiale şi spirituale specifice umanismului socialist.

Procesul educativ vizînd formarea şi dezvoltarea multilaterală a conştiinţei socialiste şi a personalităţii umane ia în considerare şi aceste aspecte contradictorii din viaţa socială şi îndeosebi din structura personalităţii umane, în scopul depăşirii unor condiţii subiective negative şi de ceare a unui climat mobilizator necesar perfecţionării continue a relaţiilor sociale, factor important în crearea unui înalt nivel de civilizaţie şi cultură socialistă.

Cel mai frecvent, fenomenele contradictorii ale personalităţii se manifestă în condiţiile negative de microgrup şi mai ales acolo unde mai persistă mentalităţi şi atitudini necorespunzătoare. Astfel, studiind un lot de 475 salariaţi (240 femei şi 235 bărbaţi) într-o întreprindere chimică am constatat că un număr de 272 salariaţi (126 femei şi 146 bărbaţi) se simt ataşaţi de colectivul din care fac parte şi au apreciat că dacă ar trebui să părăsească colectivul de muncă ar trăi sentimentul părerii de rău şi a regretelor, în timp ce 137 salariaţi (73 femei şi 64 bărbaţi) consideră că despărţirea de colectiv le este indiferentă şi ar fi bucuroşi de despărţire 61 salariaţi (36 femei şi 25 bărbaţi). Ni se pare importantă sublinierea că din totalul de 475 salariaţi, lucrează în aceeaşi secţie un număr de 404 persoane şi numai 71 salariaţi au venit prin transfer din alte secţii, dintre care 58 salariaţi din dispoziţiile întreprinderii.

Solicitaţi să răspundă cu cine ar prefera să lucreze în echipa de muncă, şi-au manifestat preferinţa de a lucra dimpreună cu persoane mai în vîrstă 85 salariaţi (40 femei şi 45 bărbaţi) preferă să lucreze cu persoane mai tinere 98 salariaţi (47 femei şi 51 bărbaţi) ; au manifestat preferinţa de a lucra într-un colectiv stabil 172 persoane (91 femei şi 81 bărbaţi) şi preferă să lucreze cu prietenii şi cu cei care îi stimează un număr de 361 salariaţi (176 femei şi 185 bărbaţi), nu au nici un fel de preferinţă 45 persoane (20 femei şi 25 bărbaţi) şi ar prefera să lucreze singuri 76 salariaţi (44 femei şi 32 bărbaţi).

Solicitaţi să aprecieze relaţiile individuale cu colectivul de muncă un număr de 204 (101 femei şi 103 bărbaţi) persoane au apreciat ca armonioase aceste relaţii, 241 (160 femei şi 181 bărbaţi) ca fiind prietenoase, bazate pe respect şi simpatie, în timp ce 30 persoane au considerat relaţiile lor cu colectivul ca fiind neprietenoase şi care nu se bazează pe stimă, respect şi simpatie.

Un număr de 374 persoane (177 femei şi 197 bărbaţi) au calificat colectivul din care fac parte ca fiind muncitor, harnic, disciplinat şi stabil, caracterizat printr-o atmosferă de înţelegere şi colaborare între tovarăşii de muncă, în timp ce 14 salariaţi au atribuit colectivului calificativul de indisciplinat, iar 26 calificativul de colectiv instabil.

Printre cauzele cele mai frecvente de tensiuni psihologice negative interpersonale au fost subliniate de 153 salariaţi (96 femei şi 57 bărbaţi) ca fiind generate de atitudinea nepoliticoasă a colegilor, de 208 cazuri (118 femei, 90 bărbaţi) a fost subliniată ca generînd stări intrapsihice conflictuale aprecierea necorespunzătoare din partea colectivului, atitudinile nepoliticoase sau de părtinire din partea personalului cu munci de răspundere. Este interesantă corelarea între două itemuri ale chestionarului nostru care subliniază aspectele negative din partea personalului tehnic superior : au subliniat atitudinea nepoliticoasă a maiştrilor 73 persoane (37 femei şi 36 bărbaţi), ca şi discuţiile dure cu şefii (38 femei şi 37 bărbaţi).

În ce priveşte manifestarea concretă în plan comportamental în condiţiile contradictorii de microgrup se relevă indiferenţă la un număr de 51 persoane (22 femei şi 29 bărbaţi), se manifestă exploziv putînd ajunge la stări de impact un număr de 12 persoane (3 femei şi 9 bărbaţi), 255 persoane (108 femei şi 147 bărbaţi) chiar dacă se supără, se pot stăpîni, înfrînîndu-se în timp ce 157 persoane, dacă cineva i-ar supăra se întîmplă doar ca uneori să se înfurie şi să se manifeste exploziv.

Subliniem că în ceea ce priveşte atitudinea faţă de muncă un număr de 368 persoane (176 femei şi 192 bărbaţi) au apreciat că le place munca, iar pentru 172 persoane munca are caracterul unei pasiuni. N-au reuşit să le placă munca considerînd-o plictisitoare un număr de 31 salariaţi (15 femei şi 18 bărbaţi). Datele de mai sus ilustrează modalităţi diferite de reacţie individuală în condiţiile conflictuale de microgrup socio-profesional şi subliniază în acelaşi timp necesitatea intensificării acţiunilor politico-educative de perfecţionare a interrelaţiilor sociale de grup pe baza promovării principiilor de etică şi echitate socialistă, a prescripţiilor generoase a umanismului socialist.

Scanned with OKEN Scanner

ASPECTE SOCIO-CULTURALE ÎN REZOLVAREA SITUAŢIILOR CONFLICTUALE CU IMPLICAŢII MEDICO-JUDICIARE

V. Artenie, A. Avasilicăi, C. Postelnicu
— *Cîmpulung Moldovenesc*
— *Iaşi*

Situaţiile medico-judiciare delincvenţa, infracţionalitatea, crimele, într-un cuvînt *manifestările de violenţă*, sînt fenomene sociale care impun într-o optică modernă un mod de abordare interdisciplinar. Pe plan internaţional, un exemplu concludent în acest sens este raportul PEYREFITTE (cf. L'Express. Edition internationale nr. 1 360-1er 7 auot 1977) la care şi-au adus contribuţia medici, jurişti, sociologi, criminologi, arhitecţi, specialişti de înaltă calificare din aparatul de menţinere a ordinei publice, persoane cu mari responsabilităţi în viaţa publică şi de stat.

Avînd în vedere problemele moderne pe care le ridică adaptarea şi integrarea individului în mediul urban şi industrial, ca şi în mari comunităţi fără o coerenţă intrinsecă de grup, autorii s-au îndreptat asupra studierii problemei violenţei ca aspect socio-cultural de rezolvare a unor situaţii conflictuale. În acest scop, cu concursul organelor de menţinere a ordinei publice din zona oraşului Cîmpulung Moldovenesc s-a efectuat un studiu asupra violenţei urmată de infracţionalitate din acest oraş şi zona de influenţă aferentă. Cercetarea noastră se referă la o populaţie de circa 85 000 locuitori, dintre care peste 20 000 pot fi socotiţi ca avînd statut de populaţie urbană. În cadrul populaţiei urbane circa 4 000 persoane trăiesc în regim de flotanţi, iar ceilalţi ca populaţie stabilă. Datorită procesului de industrializare, în zonă se asistă la o creştere a numărului de locuitori, ca urmare a integrării forţei de muncă şi nu atît a excedentului natural al populaţiei care de fapt se menţine la cifre relativ moderate.

Din punct de vedere socio-cultural, zona se caracterizează prin diversitate etnică şi religioasă, nivele diferite de culturalizare între diferitele categorii etnice, variaţii evidente de nivel sanitar, diversitate de cîştiguri băneşti, prezenţa de microcomunităţi cu statute economice diferite (salariaţi cu posibilitatea dobîndirii unor mari cîştiguri băneşti, producători cu gospodărie individuală etc.), existenţa de grupuri bine constituite de localnici, ca şi mulţimi de nou veniţi. Elementele cele mai pregnante din punct de vedere socio-cultural sînt procesul intens de industrializare pe seama industriei miniere de extracţie, însoţit de prezenţa unor aglomerări în afara zonei urbane luate în studiu, ca şi endemicitatea consumului de băuturi alcoolice.

Situaţia infracţională din zona studiată pe o perioadă de 6 ani (1971—1977) este cea prezentată în tabelele următoare:

Legendă: U = urban
R = rural

Tabel nr. 1

Infracţiunea constatată

Anual	Omucideri						Lovituri cauzatoare de moarte	
	răzbunare		fără motiv aparent		motive diverse			
	U	R	U	R	U	R	U	R
1971	—	—	1	—	—	—	—	—
1972	—	1	—	—	1	—	—	—
1973	—	—	—	—	—	—	—	—
1974	—	—	1	2	—	—	1	—
1975	1	—	1	—	—	—	—	—
1976	2	—	—	1	—	—	—	—

Tabelul nr. 2

Anul	INFRACŢIUNEA CONSTATATĂ							
	vătămare corporală gravă		alte infracţiuni, contravenţii		violuri		alte infracţiuni privind viaţa sexuală	
	U	R	U	R	U	R	U	R
1971	2	3	—	—	1	4	—	—
1972	2	10	—	—	—	1	—	—
1973	2	16	—	—	—	1	—	—
1974	5	25	—	—	2	5	—	—
1975	5	20	—	—	—	4	—	1
1976	4	12	—	—	1	1	—	—

	tîlhărie în dauna avutului particular		ultraje		ultraje împotriva miliţiei		ultraje contra bunelor moravuri	
	U	R	U	R	U	R	U	R
1971	—	—	—	11	—	4	2	19
1972	—	—	1	6	—	3	12	16
1973	—	1	—	1	—	—	5	14
1974	2	3	3	5	2	3	3	7
1975	3	1	2	4	—	2	4	19
1976	3	4	1	1	—	1	2	7

NOTĂ: Ultrajele contra miliţiei sînt incluse statistic la rubrică. Au fost defalcate separat pentru a indica agresivitatea faţă de organele ordinei publice.

Deoarece pe plan naţional nu am găsit date publicităţii cercetări similare cu cercetarea efectuată de noi, consider că este prematur şi chiar temerar a trece la concluzii şi generalizări de ansamblu. Considerăm că este util a prezenta datele noastre asociat problematicii violenţei aşa cum este văzut în socio-antropologia modernă, în baza datelor bibliografice care ne-au fost la îndemînă.

Toţi cei care au fost confruntaţi cu o tematică în acest sens, semnalează în societatea actuală creşterea violenţei ca şi a diverselor sale forme de manifestare într-o proporţie şi un grad de proliferare astfel încît cei care se gîndesc la viitorul omenirii nu mai pot rămîne indiferenţi la o asemenea situaţie. Problematica este departe de a interesa în exclusivitate, sau a fi apanajul de acţiune al organelor specializate în menţinerea ordinei publice. Violenţa este recunoscută ca o modalitate de expresie a unui ansamblu existenţial atît la nivelul individului, cît şi cel al comunităţii în care trăieşte acesta. Din acest punct de vedere violenţei i se recunosc condiţionări psihologice ca şi biologice. Din punctul nostru de vedere apreciem că problema violenţei este mult mai complexă, că trebuie abordată socio-istoric, într-o optică psihosociologică şi

biopsihică, uneori chiar sociopsihiatrică, cu luarea în seamă a unui ansamblu complex de parametri, adeseori aflaţi în corelaţii interne de aspect contradictor.

Autorităţi în materie ca Jacques Léaute (1977), director al Institutului de criminologie din Paris, arată că infracţionalitatea se dublează la 10 ani şi că în 1975 în Franţa au fost înregistrate 1.900.000 crime şi delicte.

Sir Leon Radzinowicz (1977) subliniază faptul că „Nici o caracteristică naţională, nici un regim politic, nici un sistem juridic, poliţienesc, judiciar, nici un sistem de pedepsire, de tratament sau chiar de teroare nu a evitat criminalitatea în vreo ţară. Din punct de vedere practic, nimeni nu se poate lăuda de a fi reuşit împiedicarea dezvoltării sale accelerate".

În ceea ce ne priveşte, socotim că problematica nu trebuie abordată în spiritul moralei „de chilie", ci al atitudinii ştiinţifice multidisciplinare, care vede dezvoltarea actuală a societăţii ca un proces dialectic cu inevitabile „zgomote interne". Indicele homiocidului — adică frecvenţa la 100.000 locuitori a morţilor violente cu implicaţii judiciare, nu a cunoscut, spre exemplu în Franţa în perioada 1826—1972 variaţii semnificative. În 1830 acest indice avea valori în jur de 1,25, în timp ce în 1972 era de 0,86. În 1973, în S.U.A. ajungeau la 10. Această violenţă masivă a societăţii americane nu este totuşi un record pe plan mondial. Ţări din America Latină precum Mexicul şi Columbia în cursul anilor '60 au ajuns la valori ale homicidului între 30 şi 60 ! Din observaţiile noastre rezultă un aspect staţionar — spre creştere a homicidului în arealul studiat, cu valori care par a depăşi media pe ţară şi din alte regiuni. În zona cercetată homicidul este condiţionat, printre altele, de consumul abuziv de băuturi alcoolice, de nivelul redus de cultură al anumitor colectivităţi etnice, unde situaţiile conflictuale se rezolvă de o factură primitiv-simplistă similară unor reacţii de scurt-circuitate, de o presiune socială de grup mult diminuată ca şi de existenţa unui sistem de valori morale în care securitatea vitală a individului este puţin luată în seamă. Deşi pe plan general uman se recunoaşte că violenţa are ca sursă geamănă frica, în arealul studiat de noi nu avem a semnala aspecte de societate frenetică şi angoasantă pe care le semnalează autorii care au studiat marile colectivităţi urbane şi implicaţiile violenţei în arealul acestora. Nu putem însă să nu recunoaştem favorizarea infracţionalităţii de prezenţa aglomerărilor urbane care nu şi-au dobîndit un statut de colectivitate bine constituită datorită mobilităţii socio-profesionale şi geografice a indivizilor care le alcătuiesc. În observaţiile noastre o ilustrare a acestei aserţiuni o reprezintă aglomerările urbane legate de zonele cu exploatări extractive, mulţimi (în sensul sociologic al noţiunii) care abia după o perioadă mai îndelungată de timp devin adevărate colectivităţi cu o viaţă socială şi cultură proprie. Prezenţa de indivizi veniţi în aceste zone atraşi de mirajul cîştigurilor mari, lipsiţi de fermitate morală în a suporta exigenţele profesionale ale industriei moderne, inducţia de grup a elementelor asociale sau antisociale, cît şi consumul excesiv de băuturi alcoolice sînt factori care furnizează infracţiunile împotriva vieţii, agresiunile de tot soiul, acţiunile de ultraj împotriva bunurilor moravuri.

Un aspect întîlnit în ultima vreme este cel al violenţei fostului infractor. Generozitatea şi umanitarismul societăţii noastre faţă de fostul infractor trebuie axat pe recuperarea acestuia, folosind în primul rînd aportul unor discipline, precum criminologia, psihologia judiciară, sociologia delicvenţei şi psihiatria. Societatea nu are însă în prezent un ansamblu organizaţional suficient pentru receptarea eficientă a foştilor infractori, pentru controlul şi recuperarea lor prin muncă. Mulţi foşti infractori sînt personalităţi dizarmonice sau psihopatii grave, imposibil de recuperat cu mijloace curente ale societăţii, prezumate a fi eficiente şi valabile pentru individul normal sau cu comportamente normale. Personal, opinăm ca infractorii să fie examinaţi la eliberarea din locurile de detenţie de comisii complexe de specialişti, care să le stabilească potenţialul de adaptare socio-profesională în cadrul colectivităţilor obişnuite, prognosticul social al acţiunii de amnistiere, ansamblul de măsuri sociale necesare la fiecare individ în parte. Pentru categoria socio-juridică de infractor din obicei, de fapt personalităţi dizarmonice sau psihopatice cu mari deficite de inserţie socială, apreciem că s-ar impune măsuri de presiune şi influenţare adecvate potenţialului de violenţă şi nu măsuri obişnuite de influenţare obştească. Eliberarea din locurile de detenţie a acestor indivizi o întrevedem în condiţionarea domicilierii numai în anumite perimetre geografice, în localităţi mici în care să se poată stabili un control social rapid, eficient, complet, atît din partea colectivităţii, cît şi a organelor de stat responsabile de menţinerea ordinei publice. Avînd în vedere experienţa altor ţări şi propriile noastre constatări din ultimul timp, socotim că infractorii din obicei ar trebui să aibă domiciliul în exclusivitate în localităţi mici, să se prezinte perioade îndelungate de timp pentru controlul prezenţei la organele special constituite în acest sens beneficiind în paralel şi de o asistenţă medico-psihiatrică corespunzătoare (administrări à la longue de neuroleptice cu acţiuni asupra comportamentului uman).

Un aspect sesizat de noi în prezent este cel al schimbărilor modalităţii de cuprindere pe plan social al comportamentelor aberante. Semnalăm în ultimul timp frecvenţa crescută a scrisorilor anonime adresate diferitelor instituţii de stat sau organe de partid de către diverşi bolnavi psihici identificaţi sau neidentificaţi, apariţia unei veritabile patologii a petiţiilor, cererilor şi corespondenţei ca expresie a unei conduite deviante sau aberante cu numeroase implicaţii sociale.

Deşi în ţara noastră violenţa nu cunoaşte intensitatea şi implicaţiile sociale din alte ţări, aceasta nu înseamnă că ea nu trebuie analizată şi ca o problemă de adaptare şi integrare la condiţiile unei societăţi într-un continuu dinamism, ca o problematică variată şi complexă în care industrializarea are un cuvînt greu de spus. În prezent se impune mai mult ca oricînd abordarea interdisciplinară, în echipă complexă, începînd de la politologi şi ajungînd la psihiatri, a întregului ansamblu de fenomene legate de fenomenul social al violenţei şi infracţionismului. Reducerea şi adaptarea la muncă a foştilor infractori solicită nu numai decizii şi măsuri la nivel de politică statală, ci şi acţiuni concrete la nivelul tuturor organelor comunitare într-un spirit nou de echipă în care problema conducerii activităţii de recuperare socială revine atît activistului din organele de asigurare a ordinei publice, cît şi conducătorilor de întreprinderi şi instituţii, ca şi specialiştilor în probleme de sănătate mintală în sensul cel mai larg pe care o impun acţiunile de psihoprofilaxie primară. Subliniem necesitatea ca în atari situaţii să i se recunoască psihiatrului statutul de consilier, iar opinia publică să fie sensibilizată a nu confunda necesităţile de asistenţă psihiatrică cu imperativele instituirii sau aplicării de măsuri de asistenţă penitenciară.

Scanned with OKEN Scanner

CONSIDERAŢII PRIVIND REACTIVITATEA MOTORIE ÎN CORELAŢIE CU ACTIVITATEA INDUSTRIALĂ

Niculina Fântână, M. Seserman, M. Şelaru, N. Cosmovici, V. Paraschiv
— *Spitalul clinic de psihiatrie „Socola" — Iaşi*

Un rol important în studiul dexterităţii manuale, fenomen reclamat de procesul de producţie în industria textilă, l-a constituit aplicarea probei de „reactivitate motorie".

În acest sens, proba respectivă s-a aplicat la intrarea în schimb, fiind administrată pe o durată de timp limitată la 30 secunde, pentru fiecare mînă testată separat; examinarea s-a desfăşurat în colective de diferite dimensiuni, variind între 15 şi 45 subiecţi, în funcţie de condiţiile concrete.

Proba a fost aplicată unui număr de 1.098 subiecţi-femei şi 435 subiecţi-bărbaţi din cele două unităţi ale întreprinderii (A şi B). Compoziţia eşantionului este ilustrată de tabelele 1 şi 2 din anexă. Din tabelul nr. 1, care cuprinde totalul subiecţilor-femei investigaţi, reiese structura acestora pe unităţi (820 — unitatea A, 278 — unitatea B). Din acest total (1.098), s-au luat în consideraţie la prelucrarea statistică şi etalonarea testului numai 898 subiecţi: 651 de la A şi 247 de la B, diferenţa de 200 subiecţi (169 de la A şi 31 de la B) reprezintă o categorie aparte, pe care noi am considerat-o anticalcul, la persoanele care au rezolvat proba în mod defectuos.

Continuînd analiza compoziţiei eşantionului, se pot arăta modalităţile sau variantele de completare a testului şi anume: necompletat, completat parţial, completat pe sărite, completat după diferite „jocuri" de imaginaţie ale subiectului. La prelucrarea statistică a datelor s-au luat în consideraţie numai testele corect completate. Pentru categoria de subiecţi anticalcul propunem o nouă examinare (retestare în grup sau reexaminare individuală).

Cît priveşte proporţionalitatea existentă între diferitele categorii de subiecţi, din tabelul nr. 1 se pot desprinde următoarele:

— în grupa subiecţilor anticalcul nu este o proporţionalitate între unitatea A şi B; la prima se constată 169 subiecţi, iar la a doua unitate numai 31; mai precis, în primul schimb de la unitatea A aparţin grupei anticalcul 67 subiecţi, iar la B numai 8, o mare disproporţie care, desigur, depinde şi de numărul de subiecţi participanţi, cu mult mai mare la prima unitate;

— la schimbul II, la aceeaşi grupă anticalcul, sînt trecuţi 60 subiecţi de la unitatea A şi numai 13 de la B (din nou se remarcă dependenţa de numărul general al subiecţilor);

— la schimbul III, 41 subiecţi provin de la unitatea A şi 9 de la B, se menţine aceeaşi disproporţie la toate turele între cele două unităţi şi aproape aceeaşi proporţie între turele I, II şi III. Unitatea A deţine ponderea subiecţilor plasaţi în categoria anticalcul, reprezentînd 15,39% faţă de unitatea B, care are numai 2,82% la această grupă.

Abordînd proporţionalitatea valorilor cuprinse în calculul etalonabil între unitatea A şi B pentru fiecare schimb se constată că în prima tură nu se poate stabili o proporţionalitate între cele două unităţi, deoarece la unitatea A sînt cuprinşi în calculul etalonabil 268 subiecţi, iar la B 95; prezentarea lor în scop investigativ este cu mult mai reprezentativă la prima secţie; tura a II-a cuprinde un număr de 237 subiecţi de la unitatea A şi 97 de la B şi atestă o distribuţie oarecum asemănătoare a subiecţilor, ca şi în cadrul primului schimb; în sfîrşit, tura a III-a este formată din 146 subiecţi de la A şi 55 de la B, valori cu mult mai reduse faţă de cele din primele două schimburi, dar menţinîndu-se aceeaşi disproporţie între unităţi. Ca şi în grupa valorilor anticalcul şi la calculul etalonabil se evidenţiază o pondere numerică a unităţii A faţă de unitatea B, atît în fiecare schimb considerat separat, cît şi integral; ilustrăm acest aspect prin exprimarea procentuală de 59,29% la A şi 22,58% la B.

Se cunosc ambianţa şi mediul de lucru, locurile de muncă, profesiunile, distribuţia subiecţilor pe grupe de vîrstă, vechimea în muncă, structura socio-familială a subiecţilor investigaţi, aceştia fiind cuprinşi între 18 şi 55 ani.

Pregătirea şcolară variază, de la persoane care au urmat cursuri de alfabetizare pînă la cele pregătite la nivel superior. Categoriile de profesii ale subiecţilor-femei pe secţii sînt următoarele:

— filatură pieptănată şi cardată;
— ţesătorie preparaţie şi sala de războaie;
— finisaj ţesături (albit, vopsit, apretură, ajustaj);
— C.T.C. (control tehnic şi control tehnic finit);
— mecano-energetic.

Tabelul nr. 2 cuprinde un număr de 435 subiecţi-bărbaţi. Atît pentru fiecare tură, cît şi integral, am diferenţiat subiecţii utilizînd sistemul participării la investigaţie şi al rezolvării testului pe cele două unităţi: unitatea A — 335 subiecţi şi unitatea B — 100 subiecţi. Din total s-au luat în consideraţie la prelucrarea statistică şi etalonarea testului 350 subiecţi: 260 de la unitatea A şi 90 de la B; 85 (75 de la A şi 10 de la B) reprezintă o categorie aparte trecută la anticalcul. Analizînd compoziţia eşantionului cu privire la proporţia existentă la diferite categorii, din tabelul nr. 2 se detaşează cu uşurinţă o situaţie asemănătoare celei de la lotul de femei, o marcantă disproporţie numerică între unităţi, atît pe schimburi, cît şi integral, precum şi între cele 3 ture, din nou evidenţiindu-se superioritatea numerică a unităţii A în raport cu B, ilustrată şi procentual astfel pentru etalon: 59,77% la A şi 20,68% la B.

Proba utilizată de noi constă într-un anumit tip de foi de hîrtie standardizat, de formă dreptunghiulară, de 20,5 x 15,5 cm, pe care sînt trasate două dreptunghiuri, unul mai mare în partea de sus a foii, ce are în interiorul său 150 pătrăţele egale între ele, de mărime 1 x 0,8 cm; în jumătatea inferioară a testului este situat al doilea dreptunghi, mai mic, împărţit tot în 150 pătrăţele egale, de 0,5 x 0,5 cm. Proba reclamă punctarea rapidă a fiecărui pătrăţel cu cîte un punct în centrul acestuia, cît se poate de repede, într-un timp de 30 secunde pentru fiecare mînă testată separat. Dreptunghiul din partea superioară a testului se completează cu mîna dreaptă, iar cel din partea inferioară cu cea stîngă.

Testul astfel completat dă posibilitatea să se obţină mai multe variabile notate astfel:

x.1 = puncte efectuate corect;
x.2 = puncte neefectuate;
x.3 = omisiuni;
x.4 = erori.

În acest sens, s-a pornit de la analizarea variabilei x.1 (semne parcurse, efectuate). Un număr important de subiecţi care au fost eliminaţi şi cei care au intrat în categoria anticalcul, de asemenea cei care s-au situat în Q. 1 — „subiecţii-problemă" — cu un randament foarte slab la test, au impus studierea variabilelor independente x.3 — omisiuni şi x.4 — erori. Acestora li se adaugă rubrica de comentarii intitulată: felul notaţiei, care reflectă diferenţa dintre solicitarea subiectului şi răspunsul dat la rezolvarea problemei.

Răspunsurile obţinute relevă faptul că numai un număr de 898 femei din totalul de 1 098 şi 350 subi-

Scanned with OKEN Scanner

ecţi-bărbaţi din totalul de 435 au răspuns corect la probă sub aspectul cerinţelor strict reclamate.

Rezolvările frapant deviante de la cerinţele probei au fost cumulate în x.4 — erori, majoritatea subiecţilor intraţi aici, înscriindu-se în categoria celor eliminaţi. Asupra felului notaţiei, evidenţiem următoarele categorii în afara punctelor corect aplicate: virgule, puncte şi virgule, linii verticale, linii şi puncte, linii şi virgule, cerculeţe, puncte îngroşate, linii îngroşate, linii orizontale, linii, virgule, puncte, linie-punct.

La rubrica „observaţii" am trecut modalităţile particulare de rezolvare a probei şi a calificativului răspunsului acordat la test: corect, incorect; astfel întîlnim următoarele situaţii: omite un număr din primele rînduri; proba este rezolvată pe verticală; parcurge şirurile în spirală; efectuează proba la întîmplare; lucrează pe diagonală realizînd din răspunsuri un triunghi; răspunde pe diagonală prin linii care se intersectează; lucrează de jos în sus; lucrează în formă de L; de diagonală; în primele careuri răspunde prin notaţii de cifre; începe cu rîndul...; lucrează în formă de T.

Acest fapt reflectă modul defectuos în înţelegerea rezolvării probei sau încercarea de a da un răspuns total (subiectul trăind cu impresia că timpul îi permite parcurgerea întregului careu) într-o manieră personală şi pe care el o crede sieşi mai avantajoasă. Ţinînd cont de rezultatele defectuoase obţinute, de maniera uneori neloială de rezolvare a probei, au fost eliminaţi un număr de 285 subiecţi.

Materialul obţinut a fost supus prelucrării statistice după etapa de corectare şi delimitarea categoriei de subiecţi-anticalcul. În această categorie au fost incluşi atît subiecţii care prin punctajul realizat au dat dovadă de lipsă de onestitate, cît şi cei ale căror teste au rămas necompletate, completate cu dezinteres sau într-un mod defectuos.

Variabila x.1 a fost supusă prelucrării statistice, diferenţiat pe sexe şi pe mîini; de asemenea, rezultatele au fost comparate între cele trei schimburi de producţie.

Prelucrarea statistică a cuprins calcularea mediei, abaterea şi eroarea standard, etalonarea decilo-quartilică.

FEMEI

A. Media, abaterea şi eroarea standard a mediei.

Mîna dreaptă.

Pentru subiecţii-femei cuprinşi în lucrare — 898 — s-a alcătuit o serie de variaţie a valorilor cuprinse în limitele 16—100 puncte realizate, grupate în 5 clase, cu un interval de clasă de 17 unităţi; grafic, se obţine o curbă gaussiană, uşor asimetrică spre dreapta, arătînd o distribuţie normală a valorilor.

Mîna stîngă. Aceasta a realizat valori cuprinse în şirul 9—99, distribuite în 7 clase disjuncte, intervalul dintre ele fiind 13, realizînd o curbă de tip gaussian simetrică.

Se observă că datele rezultate din activitatea ambelor mîini se grupează mai mult în jurul valorilor de mijloc; la mîna dreaptă cei mai mulţi subiecţi au realizat un punctaj cuprins în intervalul 67—83, media aritmetică a punctelor fiind 65; la mîna stîngă majoritatea subiecţilor au obţinut rezultate ce se situează între 48 şi 60 puncte, media fiind de 47,60.

Pentru a obţine o validare a acestor rezultate, am aplicat proba pe un lot martor compus din 15 persoane; desigur, numărul de subiecţi din lotul martor este mult mai redus în comparaţie cu cel al eşantionului, dar media realizată este de 62,8 pentru mîna dreaptă şi 48 pentru mîna stîngă, rezultate ce se apropie de cele arătate mai sus.

La mîna dreaptă abaterea standard a mediei este de 1,16, ceea ce ne arată că 68% din subiecţi au valori realizate între 65 — 1,16 = 63,84 şi 65 + 1,16 = 66,16; 68% din subiecţi reprezintă 598. Cu alte cuvinte, există 68% şanse ca subiecţii să aibă valori obţinute la mîna dreaptă între 63,84 — 66,16%. Eroarea standard a mediei la mîna dreaptă este 0,04, ceea ce înseamnă că sînt şanse de 68% ca media să fie cuprinsă între 64,96—65,04.

La mîna stîngă, abaterea standard a mediei este 1,37, de unde rezultă că 68% din subiecţi au realizat valori între 47,60 — 1,37 = 46,23 şi 47,60 + 1,37 = = 48,97. Altfel spus, există 68% sanşe ca subiecţii să aibă valori obţinute la mîna stîngă cuprinse între 46,23 şi 48,97.

Eroarea standard a mediei este 0,04, deci există 68% şanse ca media adevărată să fie cuprinsă între 47,60 — 0,04 = 47,56 şi 47,60 + 0,04 = 47,64.

BĂRBAŢI

Au fost cuprinşi în lucrare în număr de 350. Prelucrarea datelor s-a făcut şi aici diferenţiat pe mîini. La mîna dreaptă seria de valori diferite este cuprinsă între 24—100 puncte grupate în 7 clase, cu o amplitudine de 11 unităţi. Grafic, se înscrie o curbă gaussiană uşor asimetrică spre dreapta. La mîna stîngă valorile obţinute de subiecţi alcătuiesc şirul delimitat între 14—90, distribuite în 7 clase diferite, amplitudinea de clasă fiind 11. Curba gaussiană de data aceasta înscrie o uşoară asimetrie spre stînga. Subiecţii cei mai numeroşi realizează punctajul cu mîna dreaptă în intervalul 68—78, media punctelor fiind 65,77. La mîna stîngă, majoritatea subiecţilor se situează în intervalul 36—47, media aritmetică fiind 47,63.

Abaterea standard a mediei la mîna dreaptă este 1,71, ceea ce ne arată că există şansa ca 68% din subiecţi să aibă valori cuprinse între 65,77 — 1,71 = = 64,06 şi 65,77 + 1,71 = 67,48.

Eroarea standard a mediei la mîna dreaptă este 0,09 avînd aceeaşi semnificaţie ca şi în cazurile precedente.

La mîna stîngă media este 47,63. Abaterea standard este 1,51; 2/3 din subiecţi avînd şanse să realizeze un punctaj între 47,63 — 1,51 şi 47,63 + 1,51.

Eroarea standard a mediei găsită este de 0,08, ceea ce arată că există 68% şanse ca valoarea medie (47,63) să fie cuprinsă între 47,63 — 0,08 şi 47,63 + + 0,08.

Interpretarea statistică şi psihologică a probei de reactivitate motorie

Se remarcă de la început că un număr de 216 subiecţi de sex feminin, ceea ce reprezintă 24% din total, au realizat cel mai mic număr de puncte, între 16—50, situîndu-se sub medie; activitatea motrică manuală în acest caz este slab exprimată prin test, dacă avem în vedere faptul că aceste valori sînt obţinute cu mîna dreaptă, care la marea majoritate a subiecţilor are rol dominant în activitate.

O altă categorie se situează în jurul mediei, între 50—83 puncte, fiind în număr de 496, adică 55% din total. Ultima grupă de subiecţi-femei au obţinut rezultate superioare mediei, avînd un punctaj în intervalul 84—100; aceştia întrunesc 21% din total, adică 186 persoane.

Din cele expuse mai sus reiese că aproximativ jumătate din numărul de subiecţi au realizat valori grupate în jurul mediei.

Distribuţia obţinută avînd un aspect gaussian ne permite să apreciem o situaţie normală (pur probabilistică), subliniind în plus faptul că împrăştierea valorilor în jurul mediei este mică, aspect evidenţiat cu ajutorul abaterii standard.

Relevînd unul din aspectele psihologice care se desprinde din rezultatele statistice menţionate mai sus, ne îngăduim să apreciem că reactivitatea motorie a subiecţilor în discuţie, la mîna dreaptă, este bine reprezentată, fapt atestat şi de media destul de ridicată. Curba realizată este tipică unei activităţi.

Scanned with OKEN Scanner

În urma etalonării au fost plasaţi în decilul 1 un număr de 79 subiecţi, care au realizat punctajul minim în intervalul 0—37, iar în decilul 2 sînt cuprinşi subiecţii care au executat puncte în intervalul 38—46, fiind în număr de 104; aşadar, 20% din întreaga populaţiei se distribuie astfel: 79 au punctajul între 0—37 şi 104 între 38—46. În Q. 1 se încadrează şi acele persoane care au obţinut punctajul între 47—50, numărul lor fiind 46.

Cu aceste valori expuse putem afirma că 1/4 din populaţie realizează puncte între 0—50, avînd următoarea distribuţie: 79 persoane se înscriu în limitele 0—37, 104 subiecţi în limitele 38—46, iar 46 persoane între 47—50.

Această operaţie de etalonare poate fi continuată pas cu pas, pînă la decilul 10, aşa cum am prezentat-o în tabelul V (vezi anexa), obţinîndu-se astfel distribuţia populaţiei pe decile după criteriul punctajului obţinut. Întotdeauna, în ultimele trei-patru decile — după cum se poate observa în tabel — intră numărul populaţiei care realizează punctajul în intervalele cele mai mari.

Operaţia de etalonare ne oferă posibilitatea de apreciere cantitativă completată de analiza calitativă prin discutarea şi interpretarea valorilor obţinute. Cu alte cuvinte, ne putem da seama de potenţialul reactiv-motric al lotului investigat.

Trecînd la cea de a doua variabilă — mîna stîngă — se constată că un număr de 50 subiecţi, ceea ce reprezintă 5% din eşantionul nostru, au realizat cel mai mic număr de puncte, între 9—21, situîndu-se mult sub medie. Acest fapt poate fi interpretat ca o slabă exprimare a motricităţii mîinii stîngi comparativ cu mîna dreaptă, sau cu activitatea motorie a altor subiecţi, cît şi faţă de medie.

Urmează o a doua grupă de subiecţi care se situează între cei foarte slabi şi medie în număr de 172, cu intervalul de punctare 22—34.

Categoria următoare este cel mai bine reprezentată, 494 subiecţi — adică 55% din total — care au rezultate plasate în jurul mediei, între 35—60 puncte.

În sfîrşit, ultima grupă obţine cel mai mare punctaj, 61—99, fiind în număr de 182 persoane, adică cca 20% din lot.

Din datele prezentate mai sus s-a obţinut o curbă cu alură de tip gaussian uşor deplasată spre stînga, punînd în evidenţă o plasare majoritară a subiecţilor spre valori mai mici faţă de mîna opusă, de unde s-ar putea deduce o oarecare inferioritate funcţional-motrică a mîinii stîngi. Valorile suferă o dispersie faţă de medie cu $\pm 1{,}37$, deci ceva mai mare decît la mîna dreaptă.

Prin operaţia de etalonare s-au trecut în decilul 1 subiecţii care au între 0—24 puncte realizate, în număr de 65. În decilul 2 găsim 117 cu 25—31 puncte; deci această populaţie este distribuită astfel: 65 persoane cu 0—24 puncte şi 117 cu 25—31 puncte. Din tabelul nr. 5, privind etalonarea pînă la decilul 10 reiese că în ultimele 3 decile se încadrează populaţia cu punctajul realizat în cele mai mari intervale.

Din studiul etalonării rezultatelor mîinii stîngi constatăm distribuţia subiecţilor după cum urmează: un prim grup realizează un punctaj sub medie în intervalul 0—37, de unde se deduce o anumită diminuare în viteza şi siguranţa mişcărilor la această mînă, comparate cu următoarele două grupe de subiecţi, la care activitatea kinestezică mai bună este atestată de un punctaj în limitele 38—59, în care este cuprinsă şi media. Ultima grupă cu activitate maximă la test ocupă ultimele trei decile, efectuînd între 60 şi 100 de puncte; acest grup este mai puţin numeros decît celelalte, fiind constituit dintr-un număr de 259 subiecţi, ceea ce reprezintă aproximativ 1/3, faţă de grupa slabă compusă din 376 subiecţi din primele 3 decile.

Comparînd cu rezultatele etalonării de la mîna dreaptă constatăm o asemănare ce ar consta în aceea că în ambele cazuri există posibilitatea grupării subiecţilor în patru categorii, aşa cum am arătat mai sus. Dar se găsesc şi unele deosebiri: una din ele constă în aceea că la mîna dreaptă salturile de la un grup la altul sînt mai atenuate.

Din această comparaţie se desprinde o comportare motorie mai bună a subiecţilor la mîna dreaptă faţă de cea stîngă; în acelaşi timp, mişcările sînt bine coordonate în activitatea cu rol dominant al mîinii drepte, coordonare pusă în evidenţă printr-un coeficient de corelaţie = 0,66, valoare semnificativă diferită de zero (luînd în consideraţie numărul mare de subiecţi).

Subiecţii de sex masculin, în număr de 350, care au răspuns corect la test, se distribuie şi ei în mai multe categorii după criteriul rezultatelor.

Astfel, din totalul amintit, un număr de 19 persoane, respectiv 5,4%, au realizat pentru mîna dreaptă cele mai puţine puncte, între 24—34, fiind cotaţi ca cei mai slabi, activitatea lor înregistrîndu-se la extremitatea inferioară a curbei de distribuţie. O a doua categorie se găseşte sub medie şi cuprinde 92 subiecţi, adică 26%, situîndu-se în intervalul 35—56 puncte realizate.

Altă grupă de subiecţi, constituită din 142 persoane, întrunind un procent de 40%, se situează în intervalul mediei 57—78, media fiind de 65,77. Şi, în sfîrşit, categoria cu cele mai bune rezultate la test, deşi mai restrînsă numeric (97), reprezintă 27% din total. Ei au efectuat un punctaj clasat între 79 şi 100.

Distribuţia subiecţilor în curba înscrisă după rezultatul la probă are formă gaussiană asimetrică spre dreapta şi cu o abatere standard a subiecţilor faţă de medie de 1,71.

Din rezultatele prezentate pînă aici se poate desprinde faptul că activitatea motrică la mîna dreaptă este bine dezvoltată, aşa cum atestă valoarea ridicată a mediei realizate de subiecţi. Curba obţinută este normală şi arată o polarizare a valorilor de o singură parte a clasei cu frecvenţă maximă.

În urma operaţiei de etalonare au fost trecuţi în decilul 1 un număr de 34 subiecţi, care au intervalul de realizare 0—38, iar în decilul 2 (34) cu punctajul între 39—47. Deci, 20% din întreaga populaţie se distribuie astfel: 34 persoane cu punctajul efectuat între 0—38 şi 34 între 39—47.

În Q. I (inferior) se încadrează acele persoane care au obţinut puncte în intervalul 0—51, numărul lor fiind de 86.

Operaţia de clasificare a populaţiei poate fi expusă în continuare pe decile pînă la decilul 10, aşa cum reiese din tabelul V, obţinîndu-se astfel distribuţia subiecţilor după criteriul punctajului obţinut.

În ultimele 2—3 decile intră populaţia cu rezultatele cele mai bune.

Mîna stîngă.

Abordînd această variabilă spre analiza şi interpretarea datelor obţinute la probă, se constată că un număr de 22 subiecţi în procent de 6,2% din total, au cel mai slab rezultat la test (14—24 puncte). Următoarea grupă este alcătuită din 64 persoane, adică 18% şi se situează între cei slabi şi medie, avînd un punctaj între 25—35. A treia categorie este reprezentată de 170 subiecţi sau 48% din lot, cu evidentă superioritate numerică faţă de toate celelalte grupe, situaţi în jurul mediei, adică 36—57 puncte.

Imediat deasupra mediei, în intervalul 58—79, se distribuie un număr de 76 subiecţi, ceea ce reprezintă 21% cu rezultate mai bune la test. Ultima categorie este formată din 18 persoane, adică 5,1% cu valori maxime care intră în limitele 80—90, deci cei mai buni.

În ceea ce priveşte distribuţia subiecţilor după valorile obţinute, putem spune că aceasta are o alură normală, uşor asimetrică spre stînga, arătînd o grupare a subiecţilor spre valori mai mici la mîna

stîngă, aspect ce explică în marea majoritate a cazurilor dominanţa mîinii drepte. Prin etalonare s-au repartizat în primul decil 34 subiecţi, care au efectuat numai pînă la 26 de puncte. În decilul 2 se încadrează 42 subiecţi cu 27—33 puncte. Pentru Q.I se adaugă încă 18 subiecţi limitaţi la 36 puncte.

Din tabelul nr. V reiese că în ultimele 4 decile se includ subiecţii cu punctajul maxim. Comparînd cu etalonul mîinii drepte, aici se constată o anumită inferioritate funcţională. După valoarea coeficientului de corelaţie care la subiecţii de sex masculin este de 0,73, se deduce o bună corelaţie în activitatea celor două mîini cu dominanţa mîinii drepte.

Cu ajutorul etalonului întocmit pentru fiecare tură am analizat situaţia subiecţilor din Q. 1, respectiv din decilul 1 şi 2, în funcţie de rezultatul obţinut la test cu mîna dreaptă; la subiecţii de sex feminin se constată că răspunsurile cele mai slabe au fost date de schimbul al doilea productiv, situaţia fiind aceeaşi şi la mîna stîngă.

La lotul de bărbaţi se remarcă alte aspecte ale punctajului obţinut la test: au lucrat mai slab cu mîna dreaptă cei din tura de dimineaţă şi cu mîna stîngă subiecţii din schimbul de noapte; reamintim că testul nostru a fost aplicat numai la intrarea în tură.

În vederea luării în evidenţă a subiecţilor care au înregistrat rezultatele cele mai slabe (cuprinşi în quartilul inferior) s-au întocmit listele nominale pe sexe (vezi anexa).

Subiecţii înscrişi în Q. I, care au obţinut rezultatele cele mai slabe şi care prin confruntarea lor în actul corelării cu rezultatele obţinute la celelalte teste devin subiecţi-problemă, pun multiple întrebări autorităţilor competente.

Există o diferenţă între răspunsurile date pe mîini; de aceea am corelat acest proces pentru cei înscrişi în primul quartil: totalul de 229 femei mîna dreaptă şi 86 bărbaţi; 293 femei mîna stîngă şi 94 bărbaţi; reclamă următoarea analiză a corespondenţei, în ciuda faptului că diferenţele sînt uşor sesizabile la nivelul analizei generale, pe subiecţi însă situaţia este următoarea: celor 229 subiecţi-femei din Q.I. — mîna dreaptă le corespund aceiaşi subiecţi în Q.I. — mîna stîngă în număr de 138, ceea ce reprezintă 59,7%, fără corespondenţă 93 subiecţi — 40,3%, aceştia relevînd o anumită dificultate în rezolvarea probei numai cu o singură mînă, aici înscriindu-se cei a căror activitate practică nu reclamă o cordonare perfectă între cele două mîini, cea stîngă rămînînd să răspundă cu totul accidental numai în anumite momente. Pe decile, situaţia este următoarea:

— decil 1: 79 subiecţi — dreapta au corespondenţi în număr de 65 subiecţi — stînga;
— decil 2: 104 subiecţi — dreapta — 50 subiecţi stînga;
— Q. I.: 46 subiecţi-dreapta — 19 subiecţi-stînga.

La subiecţii-bărbaţi situaţia este următoarea:
— decil 1: 34 subiecţi-dreapta — 27 subiecţi-stînga;
— decil 2: 34 subiecţi-dreapta — 20 subiecţi-stînga;
— Q. I.: 18 subiecţi-dreapta — 11 subiecţi-stînga.

Din totalul de 86 subiecţi, un număr de 58 au corespondent 66,58%, 29 fără corespondent, reprezintă un procent de 33,3%. După reflectarea situaţiei din primul quartil, revenim la analiza variabilelor independente x.3 şi x.4. Uneori omisiunile se datoresc rapidităţii cu care proba a fost rezolvată, încît acest lucru este ilustrat de faptul că găsim cîte două sau mai multe puncte în interiorul aceluiaşi pătrăţel. La acestea trebuie să adăugăm şi unele deficienţe senzorio-motorii (vedere slabă, lipsa ochelarilor etc.) şi slaba pregătire şcolară a multor subiecţi.

O mică grupă de subiecţi e formată din cei care au început rezolvarea probei bine şi au terminat-o defectuos şi cei care fiind mai puţin încrezători în forţele proprii s-au „insiprat" din greşelile vecinului.

Omisiunile reprezintă pătrăţele pe care subiecul nu le-a punctat. Cauzele sînt diverse, principalele fiind neatenţia şi graba în rezolvarea probei.

Un rol important îl are cunoaşterea rîndurilor sărite, unul sau mai multe, contribuind la studiul acestei variabile. Analiza acesteia se prezintă în felul următor: x.3 — femei:

1098 (60,3%) + 200 (eliminaţi) = 1.298 (71,3%)
bărbaţi:
453 (40,7%) + 85 (eliminaţi = 520 (28,7%)
mîna dreaptă:
176 (16%) femei — 156 — 13,8%
(subiecţi admişi etalonabil)
98 (22,3%) bărbaţi — 88 21,7%
274 total subiecţi (x.3)

Procentual, se reflectă faptul că rezultatele obţinute de subiecţii de sex feminin, din punct de vedere calitativ, sînt mai bune decît cele obţinute de sex masculin.

mîna stîngă:
345 total subiecţi x.3
278 (25,1%) — femei 266 — 24,5%
67 (13,4%) — bărbaţi — 55 — 12,6%

La mîna stîngă calitatea răspunsurilor înclină spre subiecţii-bărbaţi. Analiza situaţiei variabile x.3 la subiecţii eliminaţi reflectă următorul aspect:

femei: mîna dreaptă 20 subiecţi — 5%
mîna stîngă 12 subiecţi — 6%
bărbaţi: mîna dreaptă 10 subiecţi — 11,7%
mîna stîngă 12 subiecţi —14,1%

Frecvenţa rîndurilor sărite, analiza acestora, reflectă următoarea situaţie:

femei: mîna dreaptă 17 subiecţi — 1,2%
mîna stîngă 29 subiecţi — 2,2%
Corespondenţa: 6 (rînduri sărite la ambele mîini) — 0,3%.
bărbaţi: mîna dreaptă 8 subiecţi — 1,8%
mîna stîngă 11 subiecţi — 2,4%
Corespondenţa: 2 subiecţi — 0,24%.

Diferenţele calitative dintre cele două grupe de subiecţi (bărbaţi şi femei) sînt extrem de mici, tinzînd spre o echilibrare. Analiza situaţiei erorilor, variabila x.4, oglindeşte următorul aspect: din totalul subiecţilor: mîna dreaptă 659 (61,7%) subiecţi, 582 rămaşi, adică 52,9%; mîna stîngă: 919 (72,6%) — 703 rămaşi (63,8%).

Numărul erorilor variază între unu şi maximul răspunsului dat de subiecţi, aceştia din urmă integrîndu-se în categoria celor care au rezolvat proba într-o manieră personală, dar la un nivel defectuos. În acest sens, situaţia sub aspect procentual se prezintă astfel: virgule — 28,6%, puncte şi virgule — 32,4%, linii verticale — 1,1%, linii şi puncte — 1,8%, linii şi virgule — 2,2%, cerculeţe — 0,7%, puncte îngroşate — 0,9%, linii îngroşate — 0,5%, linii orizontale — 0,3%, linii, virgule şi puncte — 0,1%, linie-punct — 0,1%, 31,4% reprezintă proporţia acelora ale căror erori variază între 1 şi 10, (un rînd), cu alte cuvinte un început defectuos, o redresare sau erori cauzate de o atitudine şovăielnică, neînţelegere. Situaţia la nivelul mîinilor este următoarea:

mîna dreaptă
659 subiecţi total
516 (78%) femei — 486 (76,1%) subiecţi rămaşi etalonabili
143 (21,6%) bărbaţi — 96 (14,3%) subiecţi rămaşi etalonabili.

mîna stîngă
919 total subiecţi
752 femei (81,8%) — 606 — 65,1%
subiecţi rămaşi etalonabili
167 bărbaţi (18,7%) — 97 — 10,4%
subiecţi rămaşi etalonabili

Ponderea erorilor la ambele mîini înclină spre subiecţii-bărbaţi.

Atît erorile, cît şi omisiunile reflectă o serie de particularităţi psihice ale subiecţilor, de la sim-

Scanned with OKEN Scanner

plele reacţii de dezinteres în rezolvarea probei, grad redus de instrucţie şcolară, pînă la tulburări motorii şi psihopatologie, anxietate, instabilitate motorie (nervozism), debilitate mintală minoră, hipofrenie, se constată o accentuare a erorilor în funcţie de vîrstă. Pe secţii, situaţia este următoarea: analizînd rezultatele subiecţilor din Q. I., subiecţii-problemă şi limită, ale căror rezultate în proporţie de 82,6%, femei şi 76,1% bărbaţi sînt cuprinşi în acest interval.

Rezultatele obţinute de subiecţi se obiectivează deoarece reflectă reacţiile diferite la aceleaşi condiţii de probă. Locul ocupat de subiect în curba lui Gauss devine normă şi criteriu de apreciere. Rezultatele atît de variate reflectă nu numai o diferenţă în aptitudinea de rezolvare a probei în deprinderile subiectului, cît şi o gamă variată de structuri psihomotorii, de caracter şi temperamentale. Prin studierea variabilelor x.3 şi x.4 punem în evidenţă subiectivitatea examinatului, dincolo de rezultatele obţinute în rezolvarea probei.

Aprecierea obiectivă cu ajutorul variabilelor x.1 şi x.2 ajută la studierea aspectului primordial pe care proba de reactivitate motorie îl urmăreşte, pe cînd x.3 şi x.4 contribuie mult la cunoaşterea personalităţii subiectului.

În fine, aceleaşi rezultate ne deschid perspective de natură prognostică la nivelul grupelor etalon şi individual.

Atît din graficele obţinute, cît şi cu ajutorul operaţiei de etalonare şi a studiului quartilului I se evidenţiază rolul dominant al mîinii drepte în activitatea manuală a majorităţii subiecţilor, activitate ce reclamă o anumită dexteritate în mişcări şi mai ales viteză şi coordonare. Corelaţia în activitatea celor două mîini este bună: femei — coeficient de corelaţie = 0,66; bărbaţi — coeficient de corelaţie 0,73. Din compararea datelor analizate pe sexe privitor la deosebirile calitative, constatarea desprinsă este în favoarea subiecţilor-femei.

Atît în cadrul lotului femei, cît şi al celui de bărbaţi numărul majoritar se situează în rîndul performanţelor medii, extremele fiind mai reduse numeric (cei mai mulţi căpătînd calificativul bun).

În urma efectuării operaţiei de etalonare pe ture, am remarcat că subiecţii femei au rezultatele cele mai slabe la test în schimbul II (la intrare), de unde reiese că prezintă un grad de oboseală fizică la începutul lucrului ora 14. La subiecţii-bărbaţi acest fenomen se manifestă în schimbul de noapte, la intrarea în tură (orele 22), în special la testarea mîinii stîngi; în ceea ce priveşte mîna dreaptă, sesizăm o lipsă trecătoare de antrenament la începutul lucrului, în tura de dimineaţă (orele 6).

Prin operaţia de corelaţie cu alte teste, rezultatele acestora arată un coeficient nul cu testul Kraepelin şi o interesantă corelaţie cu testul Bourdon-Anfimov, la ambele mîini.

Tabel investigativ nr. 1

(FEMEI)

Tura I	A	B	T	A	B	Total
investigaţi prezenţi	335	103	438	335	103	438
pentru etalon	268	95	363	268	95	363
anticalcul	67	8	75	67	8	75
Tura II						
investigaţi prezenţi	297	110	407	297	110	407
pentru etalon	237	97	334	237	97	334
anticalcul	60	13	73	60	13	73
Tura III						
investigaţi prezenţi	187	64	251	187	64	251
pentru etalon	146	55	201	146	55	201
anticalcul	41	9	50	41	9	50
Total ture:						
investigaţi prezenţi	820	278	1098	820	278	1098
pentru etalon	651	247	898	59,29%	22,48%	
anticalcul	169	31	200	15,39%	2,82%	

Tabel investigativ nr. 2

(BĂRBAŢI)

Tura I	A	B	T	A	B	Total
investigaţi prezenţi	138	61	199	138	61	199
pentru etalon	121	54	175	121	54	175
anticalcul	17	7	24	17	7	24
Tura II						
investigaţi prezenţi	127	24	151	127	24	151
pentru etalon	80	22	102	80	22	102
anticalcul	47	2	49	47	2	49
Tura III						
investigaţi prezenţi	70	15	85	70	15	85
pentru etalon	59	14	73	59	14	73
anticalcul	11	1	12	11	1	12
Total ture:						
investigaţi prezenţi	335	100	435			
pentru etalon	260	90	350	59,77%	20,68%	
anticalcul	75	10	85	17,24%	2,29%	

Tabel de frecvenţă nr. 3

i = 17

FEMEI — MÎNA DREAPTĂ

Intervalul de clasă	Frecvenţa simplă pe nr. subiecţi	Frecvenţa cumulată	Interval de clasă pe jumătate	TOTAL
x	n	f.c.	x_i	nx_i
16—32	47	47	24	1128
33—49	169	216	41	6929
50—66	235	451	58	13630
67—83	261	712	75	19575
84—100	186	898	92	17112

FEMEI — MÎNA STÎNGĂ

i = 13

Intervalul de clasă	Frecvenţa simplă pe nr. subiecţi	Frecvenţa cumulată	Interval de clasă pe jumătate	TOTAL
x	n	f.c.	x_i	nx_i
9—21	50	50	15	750
22—34	172	222	28	4816
35—47	242	464	41	9922
48—60	252	716	54	13608
61—73	93	809	67	6231
74—86	69	878	80	5520
87—99	20	898	93	8060

Scanned with OKEN Scanner

Tabel de frecvenţă nr. IV

BĂRBAŢI — MÎNA DREAPTĂ

i = 11

Intervalul de clasă	Frecvenţă simplă pe nr. subiecţi	Frecvenţa cumulată	Interval de clasă pe jumătate	TOTAL
x	n	f.c.	x_i	nx_i
24—34	19	19	29	551
35—45	45	64	40	1800
46—56	47	111	51	2397
57—67	63	174	62	3906
68—78	79	253	73	5767
79—89	56	309	84	4704
90—100	41	350	95	3895

BĂRBAŢI — MÎNA STÎNGĂ

i = 11

Intervalul de clasă	Frecvenţă simplă pe nr. subiecţi	Frecvenţa cumulată	Interval de clasă pe jumătate	TOTAL
x	n	f.c.	x_i	nx_i
14—24	22	22	19	418
25—35	64	86	30	1920
36—46	99	185	41	4059
47—57	71	256	52	3692
58—68	52	308	63	3276
69—79	24	332	74	1776
80—90	18	350	85	1530

Tabelul nr. V

Reactivitate motorie TEST
Intrare în tură I.I.S. „Ţesătura" Iaşi
Femei : 898
Bărbaţi : 350

Etalonare decilo-quartilică a eşantionului de subiecţi investigaţi

Decile, quartile	FEMEI				BĂRBAŢI			
	Mîna dreaptă		Mîna stîngă		Mîna dreaptă		Mîna stîngă	
	Nr. sub.	Puncte	Nr. sub.	Puncte	Nr. sub.	Puncte	Nr. sub.	Puncte
Dec. 1	79	0—39	65	0—24	34	0—38	34	0—26
Dec. 2	104	38—46	117	25—31	34	39—47	42	27—33
1/2								
Dec. 3	46	47—50	57	32—35	18	48—51	18	34—36
Dec. 3	33	51—53	17	36—37	25	52—56	15	37—38
Dec. 4	118	54—60	89	38—42	35	57—62	27	39—42
Dec. 5	70	61—66	120	43—47	27	63—67	42	43—45
Dec. 6	81	67—72	69	48—51	41	68—73	32	46—50
Dec. 7	115	73—78	81	52—56	29	74—77	40	51—56
1/2								
Dec. 8	28	79—80	24	57—59	23	78—80	10	57—59
Dec. 8	54	81—84	84	60—61	27	81—84	25	60—63
Dec. 9	110	85—92	88	62—73	31	85—91	27	64—70
Dec. 10	60	93—100	87	74—100	26	92—100	38	71—100
Q. I	229	0—50	239	0—35	86	0—51	94	0—36
Q. II	221	51—66	226	36—47	87	52—67	84	37—45
Q. III	224	67—80	174	48—59	93	68—80	82	46—59
Q. IV	224	81—100	259	60—100	84	81—100	90	60—100

CONDIŢIILE DE MUNCĂ ŞI CERINŢELE SECURITĂŢII MUNCII ÎN ATELIERUL DE PREPARAŢIE, LOC DE MUNCĂ CANETAT

Melania-Nicoleta Crupoveatchin, Georgeta Şerban, Elena Nemeş, Silvia Petruşca
— Iaşi

Studiul s-a efectuat într-o secţie de preparaţie a unei întreprinderi de mătase la locul de muncă canetat.

I. Scopul studiului a fost de a stabili condiţiile de muncă ale lucrătoarelor de la canetat, privind :

— modul de organizare şi deservire a locului de muncă ;
— solicitările psihofiziologice ;
— microclimatul ;
— cromatica ;
— elemente nocive (pulberi), zgomote ;
— respectarea normelor de tehnica securităţii muncii.

Pe baza constatărilor făcute şi a analizei critice a acestora, s-au făcut propuneri de îmbunătăţirea condiţiilor de muncă, care puse în aplicare ar duce în final la creşterea productivităţii muncii în secţia preparaţie.

II. Materialul şi metoda : locul de muncă, obiect al studiului se caracterizează prin forţă de muncă, fiind considerat loc de muncă uşoară.

Obiectul studiului fiind locul de muncă canetat, am stabilit în prima fază ce este operaţia de canetat, ce specific are această operaţie pentru o ţesătorie de mătase, care sînt maşinile folosite şi gradul lor de automatizare. Avînd în vedere că trecerea firelor de

mătase livrate de furnizor de pe diverse formate pe canetele speciale pentru fire tip mătase, se face prin operaţia de canetat, la maşina de canetat şi că muncitoarea supraveghează şi intervine numai cînd este cazul, am folosit pentru măsurarea muncii metoda fotocronometrării. Această metodă asigură măsurarea şi analizarea critică a duratei elementelor unui proces de muncă prin combinarea fotografierii cu cronometrarea în anumite perioade de timp.

În urma constatărilor făcute că operaţiile executate de muncitoare nu se succed în mod periodic, s-au continuat observările timp de 8 ore şi s-au stabilit ca fiind efectuate operaţiile următoare :

— alimentarea cu bobine ;
— legarea firului ;
— deplasarea pe lîngă maşină ;
— aşezarea canetelor în grătar ;
— scrierea şi punerea etichetelor ;
— alimentarea buncărului cu canete ;
— aducerea căruciorului pentru grătarele cu canete ;
— punerea grătarelor cu canete pe cărucior ;
— punerea grătarelor la maşină ;
— curăţarea canetelor ;
— adunarea pungilor ;
— aducerea bobinelor.

Operaţiile decurg în modul următor :

Lucrătoarea ia în primire maşina în lucru şi pe parcurs îşi alimentează fiecare cap canetor atunci cînd se termină bobina. Bobinele se află pe un rastel în apropierea maşinii şi sînt luate de lucrătoare şi aşezate pe o platformă lîngă bobinele care se află în lucru, astfel ca înlocuirea să se facă rapid.

Legarea firului : are loc ori de cîte ori este rupt, dar şi cînd foarfeca nu prinde la schimbarea canetei. Este operaţia cea mai frecventă şi cu durata cea mai mică.

Deplasarea pe lîngă maşină : este continuă, dar nu poate fi cronometrată decît parţial — se face pentru a lega firul.

Aşezarea canetelor în grătar : se face în funcţie de necesităţi, durata variind în limite foarte largi deoarece poate completa un grătar sau 10 grătare.

Scrierea etichetelor : (şi aşezarea pe grătare) se execută cînd grătarele sînt complete, cîte odată etichetele sînt scrise dinainte pentru ca muncitoarea să economisească timp.

Punerea canetelor în buncăr : are loc atunci cînd este adus containerul cu canete de la maşina de canetat, de circa 5—6 ori în 8 ore la intervale neregulate cu o durată funcţie de cantitatea de canete adusă.

Aducerea căruciorului pentru grătarele cu canete : operaţie ce nu intră în atribuţiile muncitoarei şi este făcută accidental de aceasta.

Punerea grătarelor pe cărucior : se execută la intervale neregulate în funcţie de necesităţi. Datorită faptului că finetea de fir lucrată este diferită, va varia şi numărul de grătare, deci timpul de lucru.

Punerea grătarelor la maşină : este executată în funcţie de finetea de fir lucrată — în număr mai mare sau mai mic, deci şi durate diferite.

Curăţarea canetelor : este o operaţie accidentală.

Adunarea pungilor : bobinele ce se prelucrează sînt livrate în pungi de plastic care trebuiesc îndepărtate. Operaţia este executată la intervale neregulate de timp.

Aducerea bobinelor : se face de la magazia ce se află la o depărtare mare de maşină. Nu este o operaţie periodică, timpul variază în limite largi.

Constatări : toate aceste operaţii sînt executate de lucrătoare în poziţie ortostatică, fără nici o pauză timp de 8 ore program de lucru, poziţie în care întreaga greutate a corpului se repartizează pe o suprafaţă redusă, iar menţinerea echilibrului antrenează o tensiune musculară constantă şi o oboseală statică care cresc în funcţie de natura mişcărilor executate de muncitoare. De asemenea, efortul cerebral se amplifică, iar îndeminarea şi precizia mişcărilor e mai redusă comparativ cu poziţia de lucru aşezat.

Poziţia ortostatică, care este permanentă la muncitoarea de la canetat, supune organismul la un efort suplimentar cu modificări în activitatea organelor şi aparatului locomotor. Această poziţie are consecinţe şi asupra psihicului muncitoarelor.

— Nu există timp afectat mesei, muncitoarea aşează mîncarea pe un loc liber existent la mijlocul maşinii şi în timp ce circulă de la un fus la altul ia cîte o îmbucătură. Există cazuri cînd se opreşte 2 minute.

— Parametrii microclimatului la locul de muncă studiat sînt impuşi de cerinţele prelucrării firelor sintetice şi artificiale :

— temperatură constantă (20±2°C), în caz contrar sînt influenţate caracteristicile firelor precum elasticitatea, rezistenţa. În timpul verii şi al iernii, cînd ar exista pericolul variaţiei de temperatură, funcţionează uzina de condiţionare a aerului.

— umiditate 65 ± 5%, ce se păstrează din aceleaşi motive constantă prin dotarea întreprinderii unde s-a efectuat studiul cu sisteme de condiţionare şi climatizare şi instalaţii speciale pentru menţinerea constantă a temperaturii şi umidităţii.

Deci din acest punct de vedere munca la canetat se desfăşoară în condiţii optime.

— Iluminatul s-a constatat că este corespunzător solicitărilor locului de muncă :

— acuitate vizuală,
— sensibilitate la contraste,
— viteză de percepere, şi se încadrează în limitele înscrise în Normele Republicane de Protecţia Muncii. Iluminatul fluorescent, folosit în hala maşinilor de canetat, care este o hală blindată ce nu permite iluminatul natural, oferă următoarele avantaje :
— asigurarea unor niveluri de iluminare mai ridicate cu un cost mai redus,
— eliminarea efectului de orbire (cecitate) pentru că au o luminanţă cuprinsă între 0,45 şi 0,65 sb,
— randament de funcţionare mai mare (3—4 ori).

— Culorile folosite în atelierul în care sînt amplasate maşinile de canetat, la utilaje, plafon, pereţi, au fost alese în aşa fel încît să se asigure o armonizare vizuală a acestora, în scopul obţinerii unor efecte psihologice şi fiziologice optime. Culorile utilajelor (verde deschis a plafonului (alb), al pereţilor (alb-roz), al vestimentaţiei muncitoarelor (sarafan bleumarin, bluză albă, batic alb) au fost utilizate pentru obţinerea :

— unui aspect plăcut al locului de muncă ce poate genera bună dispoziţie şi optimism ;
— unei îmbunătăţiri a confortului vizual ;
— pentru a asigura o iluminare adecvată naturii muncii desfăşurate, accentuarea contrastelor şi a luminozităţii dintre zona activităţii vizuale şi zonele din imediata vecinătate.

— La secţia unde sînt amplasate maşinile de canetat, zgomotul nu depăşeşte limita superioară, astfel încît nu apar efecte negative precum :

— efect de acoperire sau demascare a sunetelor,
— oboseală auditivă,
— traumatisme de zgomot sau surditate profesională.

— Pulberi, gaze — nu există, locul de muncă studiat fiind un loc „curat".

— S-a constatat de asemenea şi respectarea normativelor de N.T.S., nu au existat accidente de muncă şi nu se pune problema bolilor profesionale. Datorită elementelor în mişcare ale maşinii se recomandă acoperirea părului cu batic, lucru ce se respectă.

Rezultate :

Luînd în studiu primele operaţii, alimentarea respectiv legarea firului, am găsit cu Cs = 2, mult mai mare decît cel admisibil, caz în care teoria indică îndepărtarea valorilor extreme petru a obţine Cs =

Scanned with OKEN Scanner

= 1,3, lucru imposibil deoarece valorile obţinute depăşesc 30% din totalul valorilor.

Prin repetarea cronometrărilor s-au obţinut aceleaşi valori deoarece alimentarea variază în limite largi în funcţie de :

— Locul unde este bobina,

— Calitatea bobinei,

— Rezistenţa firului, factori ce pot apărea singulari sau în bloc la fiecare alimentare.

La legarea firului — legare ce apare de multe ori dublă funcţie de calitatea firului, durata poate fi 7—14 secunde ; ambele durate fiind corecte.

Observările pentru operaţiile considerate principale :

— alimentarea şi

— legarea firului (nu pot fi influenţate ca durată, nu pot fi înlocuite şi au frecvenţa cea mai mare), au fost continuate timp de 24 ore şi centralizate în tabele.

Deoarece rezultatele obţinute nu au putut fi calculate conform indicaţiilor din bibliografie, s-a considerat necesară fotografierea zilei de muncă cumularea timpilor pe operaţii şi aplicarea metodei interogative la operaţiile ce pot fi influenţate ca durată sau înlocuite complet. Rezultatele au fost tabelate şi concluzia a fost că operaţiile principale sînt legarea firului şi alimentarea cu bobine.

Prin urmărirea timpului afectat legării firului care variază între 32,8% şi 40,8% din totalul timpului de lucru ; s-a constatat că un umăr mare de fuse sînt staţionare. În concluzie deci este necesar să se mărească timpul afectat legării firului.

Timpul afectat alimentării cu bobine variază deoarece uneori bobinele sînt pregătite pe maşină, alte ori sînt luate de pe rastel sau din ladă care este la o distanţă de 2,5—3 m de maşină, obligînd muncitoarea să se deplaseze.

Din analiza făcută a rezultat că lucrătoarea nu are timp să ia masa în opt ore ea circulă continuu, iar timpul afectat mesei este cuprins între 3'30" şi 8'30", nefiind continuu ci fragmentat. În medie timpul pentru masă este de 5'10", timp mult sub limita admisă.

Concluzii şi propuneri :

Din expunerea făcută pînă acum rezultă următoarele concluzii :

— din punct de vedere al modului de organizare şi deservire a locului de muncă sînt necesare îmbunătăţiri privind :

— reducerea timpilor afectaţi operaţiilor secundare şi accidentale precum şi eliminarea operaţiilor ce nu intră în atribuţiile muncitoarei canetatoare în scopul măririi timpului afectat operaţiei principale de legare a firului, lucru ce va duce la mărirea productivităţii maşinii,

— asigurarea bunei funcţionări a maşinii (repararea dispozitivelor de tăiere a firelor la terminarea canetei).

— organizarea corectă a aprovizionării cu materie primă (bobine),

— organizarea corespunzătoare a transportului grătarelor goale şi pline şi deci reducerea distanţei de deplasare a muncitoarei,

Se recomandă acordarea unei pauze pentru restabilirea capacităţii de muncă şi luarea mesei.

Din punct de vedere al factorilor de ambianţă, aceştia sînt corespunzători.

În sprijinul afirmaţiei de mai sus dăm graficul productivitatea muncii temperatură, grafic ce redă sugestiv faptul că la o temperatură de 20 grade C, productivitatea muncii tinde spre 100%.

INFLUENŢA CONDIŢIILOR DE MUNCĂ ŞI A PROCESULUI TEHNOLOGIC ASUPRA MORBIDITĂŢII ÎN ATELIERUL DE MIEZUIRE A UNEI ÎNTREPRINDERI MECANICE

I. Silion, Lupaşcu-Cârlescu Emilia
— Iaşi

Lucrarea noastră reprezintă o parte a unui studiu ergonomic mai amplu, efectuat la o întreprindere mecanică — atelier de miezuire. Alegerea acestui subiect a fost făcut avînd în vedere condiţiile speciale de muncă ale miezuitoarelor care pot influenţa starea de sănătate.

Problemele specifice locului de muncă analizat sînt :

a) solicitările fiziologice în procesul de muncă ;

b) solicitările psihice ale activităţii turnătorului-formator ;

c) condiţiile mediului de muncă.

În atelierul de miezuire-turnătorie, datorită caracterului producţiei, miezuirea se execută manual.

Procesul tehnologic de obţinere a miezurilor constă în următoarele operaţii :

— prepararea amestecului pentru miezuri ;

— umplerea şi îndesarea amestecului în cutii ;

— uscarea miezurilor în cazul execuţiei miezurilor pe bază de amestec clasic ;

— vopsirea şi finisarea miezurilor.

La executarea miezurilor se folosesc uleiuri de in şi dextrină pentru miezurilor mici şi amestec pe bază de răşini furanice şi fenolice, pentru miezurile mijlocii şi mari. Aprovizionarea locurilor de muncă se face de către executant, prin purtarea pe braţe, de la 30 m cutiile şi 70m armăturile.

Procesul de muncă este organizat pe 3 schimburi, colectivul fiind format din femei şi bărbaţi, ponderea avînd-o femeile.

Activitatea lucrătoarelor se caracterizează prin muncă manuală, cu caracter repetitiv, în poziţie ortostatică. Poziţiile de lucru ale miezuitorilor corespund activităţii desfăşurate la nivelul unor mese de lucru şi al benzilor transportoare, pe de o parte, şi la nivelul solului, pe de altă parte.

În primul caz, poziţia este ortostatică cu flexiuni ale trunchiului de diverse grade.

În cel de al doilea caz, trunchiul este puternic flectat, avînd loc şi flexia coapselor pe trunchi şi a gambelor pe coapse (poziţia ghemuit) şi cu intermitenţă sprijinirea cu unul sau ambii genunchi pe sol. Aceste poziţii sînt menţinute graţie contracturii statice a muşchilor trunchiului, gîtului, abdomenului şi membrelor inferioare şi superioare. Consumul energetic pentru durata unui schimb de muncă prezintă fluctuaţii între 1 100 şi 2 200 Kcal. încît în unele schimburi de muncă, solicitarea fizică este intensă, depăşind 1 500 Kcal considerat ca maxim admis. Această depăşire este datorată îndeosebi transportului manual al vaselor cu pămînt de formare, a căror greutate depăşeşte uneori 20 kg. Concomitent cu solicitările fiziologice s-a efectuat şi analiza psihologică a activităţii turnătorului-formator, ceea ce reprezintă tocmai descoperirea proceselor psihice în raport cu munca ce o desfăşoară. Miezuitoarele depun efort muscular (static) datorită :

Scanned with OKEN Scanner

— poziţiei ortostatice ;
— transportul greutăţilor manual ;
— poziţia corpului flectat ;
— mişcările mîinilor frecvente şi repetate.

În privinţa solicitărilor psihice apare solicitarea crescută a proceselor de percepţie vizuală şi kinestezică, la operaţiile de executat, cît şi atenţia concentrată şi distributivă. Din punct de vedere al obiectului perceput, cea mai solicitată este percepţia unor însuşiri spaţiale, ca : formă, adîncime, dimensiune. În ceea ce priveşte psihomotricitatea menţionăm că se prezintă două aspecte : coordonarea mişcării membrelor superioare şi inferioare, mobilitate în reacţii şi rapiditate.

În procesul activităţii turnătorului-formator este solicitată şi gîndirea intuitiv-activă, deoarece operează cu obiecte şi relaţii percepute nemijlocit „puncte de reper," pe care le leagă de acte motorii, mai mult sau mai puţin complexe.

Între factorii mediului de muncă, cei care prezintă cea mai mare importanţă sub aspect ergonomic sînt : iluminatul, microclimatul, pulberile, gazele şi vaporii iritanţi.

În condiţii de iluminare naturală, nivelurile de iluminare sînt mai bune, decît în condiţii de iluminare artificială, care nu realizează nivelul minim necesar de iluminare, aceasta fiind foarte scăzută în zonele benzilor transportoare.

Rezultatele obţinute la măsurători se explică prin amplasarea neraţională a surselor de iluminare, naturale şi artificiale, în raport cu locurile de muncă, cît şi prin scăderea gradului de iluminare din degajările de pulberi şi vapori din secţie.

Valorile temperaturii, umidităţii şi curenţilor de aer sînt în general, în cadrul limitelor stabilite de N.R.P.M. ; temperatura nu depăşeşte 33°C, iar curenţii de aer nu depăşesc viteza de 0,8—1,0 m/sec.

Pulberile cu un conţinut mediu de SiO_2 liber de 86,9% depăşesc C.M.A. de 4,4—8,4 ori.

Umezirea amestecului de formare şi expunerea pe perioade scurte micşorează riscul silicogen al mezuitoarelor, acesta existînd doar pentru mezuitoarele cu mare vechime.

Specificul tehnologiei actuale face ca la locurile de muncă ale miezuitoarelor să se degaje în permanenţă gaze şi vapori toxici, cu o puternică acţiune iritantă asupra ochilor şi aparatului respirator, care ar putea cauza fenomene oculare şi respiratorii cronice. Această acţiune de iritaţie asupra mucoaselor căilor respiratorii, favorizează şi alte îmbolnăviri ale aparatului respirator, afecţiuni care se află pe primul loc în structura morbidităţii miezuitoarelor. Substanţele menţionate pot produce şi îmbolnăviri ale pielii ; menţionăm astfel două cazuri de dermită de contact.

În privinţa stării de oboseală menţionăm că este prezentă la 90% dintre lucrătoare în schimbul III, semnalată doar la 5% în schimbul I şi 15% în schimbul II. Oboseala apare la majoritatea lucrătoarelor (78%) în ultimile 3 zile de lucru ale săptămînii.

În schimbul de noapte starea de oboseală este resimţită cu maximum de intensitate între orele 24 şi ora 3.

Din punct de vedere clinic, starea de oboseală este caracterizată printr-un număr variat de simptome, dintre care cele mai importante sînt : moleşeală şi somnolenţă (50%), dureri musculare şi de cap (43%) precum şi dureri articulare (27%).

Simptomele enumerate cu frecvenţa cea mai mare, sînt datorate poziţiilor vicioase şi încordate, transportului de greutăţi mari şi muncii în schimbul de noapte. Întrucît efectele oboselii dispar în 90% din cazuri prin repaos şi somn zilnic este tipul de oboseală fiziologică.

În 10% din cazuri s-a constatat oboseală cronică deja instalată şi numai un concediu putînd reface potenţialul de muncă al organismului.

Aceste cazuri necesită supraveghere medicală, trebuind să fie rezolvate de comun acord cu medicul întreprinderii, întrucît afectează starea de sănătate, capacitatea de muncă a lucrătoarelor.

De asemenea a fost analizată şi morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă pe anul 1975—1976.

În 1975, morbiditatea miezuitoarelor a fost sub nivelul morbidităţii lucrătorilor din sector şi din întreprindere. În 1976 însă, morbiditatea miezuitoarelor a crescut, situîndu-se peste nivelul morbidităţii pe întreprindere. Mai mult, analizînd şi morbiditatea pe trim. I 1977, fenomenul de creştere este şi mai marcat.

Pe primele locuri se remarcă două grupe de afecţiuni şi anume : infecţiile acute ale căilor respiratorii superioare şi bolile sistemului osteo-muscular şi ale ţesutului conjunctiv (vezi tabelul).

Printre factorii favorizanţi sau declanşanţi ai acestor afecţiuni sînt : factorii climatici, ca :
— temperatura scăzută,
— curenţii de aer, modificările climatice bruşte ;
— efortul fizic în poziţii nefiziologice, vicioase şi încordate.

Deşi bolile psihice sînt situate pe locul 16, luînd în considerare solicitarea deosebită şi oboseala care se instaurează, ca urmare a activităţii, s-ar putea ajunge la o creştere a morbidităţii prin aceste afecţiuni, în cazul cînd nu se vor lua măsuri de prevenire şi combatere a oboselii.

Din analiza efectuată în atelierul de miezuire-turnătorie, rezultă o serie de observaţii şi concluzii pe care le sintetizăm în cele ce urmează :

1. Organizarea spaţiului de lucru prezintă unele deficienţe, printre care menţionăm :
— locurile de muncă nu sînt delimitate precis, se lucrează şi pe sol, nu sînt respectate întotdeauna culoarele de circulaţie.

2. Iluminatul locurilor de muncă este necorespunzător, mai ales cel artificial, datorită amplasării neraţionale a surselor de iluminare.

3. Pulberile silicogene depăşesc limitele admise, existînd riscul de îmbolnăvire prin silicoză.

4. La locurile de muncă se degajă gaze iritante, cu o puternică acţiune asupra ochilor şi aparatului respirator.

5. Poziţiile de lucru în cea mai mare parte nu sînt fiziologice. La linia de miezuire uşoară, plăcile suport pe care se aşează miezurile în vederea uscării vopsirii şi retuşului sînt amplasate direct pe sol, generînd poziţii incomode de lucru.

6. Gradul de oboseală este destul de accentuat, mai ales în schimbul III, datorită atît mediului ambiant de muncă, a regimului de lucrut cît şi a lipsei unei selecţii şi orientări profesionale ştiinţifice.

Scanned with OKEN Scanner

Locul ocupat de diverse grupe de afecţiuni în cadrul morbidităţii generale a miezuitoarelor pe anii 1975; 1976; trim. I 1977

Nr. crt.	Grupa de afecţiuni	Anul 1975		Anul 1976		Trim. I 1977	
		după nr. cazuri	după nr. zile	după nr. cazuri	după nr. zile	după nr. cazuri	după nr. zile
1.	Infecţii acute ale căilor respiratorii superioare	3—4	5	1	4	1	1
2.	Pneumonii	—	—	—	—	5—14	1
3.	Boli ale sistemului osteomuscular şi ale ţesutului conjunctiv	5—9	3	2—3	3	3	3
4.	Accidente în afara cîmpului muncii	2	1	4	2	2	4
5.	Boli ale organelor genitale feminine	5—9	7	8—16	12—15	5—14	5
6.	Boli ale dinţilor şi cavităţii bucale	10—15	15	8—16	12—15	5—14	6—7
7.	Boli ale urechilor	—	—	8—16	1	5—15	6—7
8.	Boli ale sarcinii, naşterii şi lehuziei	—	—	5	5	4	8
9.	Boli ale ficatului şi veziculei biliare	—	—	8—16	12—15	5—14	9
10.	Boli ale aparatului urinar	10—15	8—9	—	—	5—14	9
11.	Gripe	—	—	—	—	5—14	10—13
12.	Alte boli ale aparatului respirator	5—9	10	6—7	7	5—14	10—13
13.	Gastrite şi duodenite	5—9	8—9	8—16	12—15	5—14	10—13
14.	Diverse boli digestive	—	—	8—16	11	5—14	10—13
15.	Boli ale pielii şi ţesutului subcutant	1	2	2—3	6	—	—
16.	Boli neuropsihice	—	—	—	8	—	—
17.	Ulcer gastro-duodenal	—	—	8—16	9	—	—
18.	Avorturi	5—9	13	6—7	10	—	—
19.	Boli ale vaselor sanguine	3—4	11—12	8—16	16	—	—
20.	Reumatism articular acut	—	—	8—16	17	—	—
21.	Boli ale intestinelor	10—15	4	—	—	—	—
22.	Toxiinfecţii digestive	10—15	11—12	—	—	—	—
23.	Tumori	10—15	14	—	—	—	—

INTERRELAŢII CAUZALE SPECIFICE PENTRU APARIŢIA AFECŢIUNILOR NEVROTICE LA LUCRĂTORII DIN SUBTERAN

V. Savu, A. Borcea, F. Stăniloiu, E. Ionescu, B. Popescu, G. Răduleanu, V. Lazarovici
— Bucureşti

Corespunzător concepţiei nosologice care stă la baza orientării psihiatrice româneşti contemporane, precum şi conform opiniei majorităţii specialiştilor pe plan internaţional, s-a impus recunoaşterea cauzalităţii multifactoriale a afecţiunilor psihice în ansamblu, şi respectiv a nevrozelor.

Se observă de asemenea un acord general privind implicaţiile pe care le au o serie de factori specifici epocii contemporane în creşterea patologiei nevrotice, ca de ex. procesul de urbanizare şi, de migrare sat-oraş, care solicită o mare mobilitate adaptativă din partea individului.

Studiul epidemiologic şi etiologic al nevrozelor în mediul industrial, se grefează pe problematica generală psiho-fiziologică şi psiho-socială din procesul muncii. Orientarea acestor studii ca şi direcţia principală de acţionare în scopul profilaxiei sănătăţii mintale a muncitorului industrial, se axează pe factorii ce ţin de cunoaşterea şi îmbunătăţirea caracteristicilor: locul de muncă şi procesul tehnologic, condiţiilor de muncă şi de microclimat, relaţiilor interpersonale din colectivul de muncă şi factorilor afectiv-motivaţionali.

Comparativ cu extrem de numeroasele studii similare din domeniul industrial în ansamblu, există încă un număr relativ restrîns de studii care se referă direct la etiopatogeneza nevrozelor în industria extractivă carboniferă şi totodată, deşi majoritatea autorilor recunosc teoretic complexitatea şi numărul extrem de mare al factorilor ce pot favoriza apariţia tulburărilor nevrotice, se centrează de obicei numai asupra unora dintre cauze.

Evidenţierea unor incidenţe inegale a afecţiunilor psihice (predominent nevrotice) în diverse judeţe ale ţării şi în raport cu ramurile economiei naţionale, şi înregistrarea în ultimii ani a unor indici de morbiditate crescută în Industria Cărbunelui, conduc la ipoteza că în acest domeniu de activitate sînt mai frecvente şi mai pregnante punctele de convergenţă a diverşilor factori favorizanţi.

În acest context, un colectiv de cercetători din IEMRCM, în 1976, şi-a propus ca obiectiv de studiu: cunoaşterea complexului plurietiologic şi analiza predominanţelor, ponderii şi interrelaţiilor specifice dintre diferiţii factori cauzali, favorizanţi sau predispozanţi pentru apariţia şi întreţinerea afecţiunilor nevrotice la lucrătorii din subteran.

Plecîndu-se de la rezultatele unui Screening la care a participat majoritatea lucrătorilor din subteran (2020) şi care s-a realizat pe baza unui chestionar elaborat în scopul depistării active a tulburărilor nevrotice, precum şi a unor factori ce le pot potenţa, aprofundarea etiologiei, patologiei nevrotice estimate, a presupus în continuare, selecţionarea şi examinarea medico-psiho-sociologică a 2 loturi comparative, insistîndu-se în special supra decelării factorilor patogeni implicaţi. În plus, s-au mai executat investigaţii şi testări la locul de muncă vizînd analizarea unor as-

Scanned with OKEN Scanner

pecte de profesiologie medicală şi fiziologia muncii, specifice activităţii din subteran.

S-a evidenţiat existenţa unei serii de factori care au precedat angajarea în mină şi a căror influenţă nefavorabilă se poate aprecia că a contribuit la apariţia ulterioară a afecţiunilor nevrotice.

Principala pondere în acest sens au avut-o diversele situaţii psihogene, şi mai ales anumite carenţe ale mediului socio-familial manifestate în cursul perioadei formativ-instructive, influenţînd defavorabil dezvoltarea psihică echilibrată a acestor persoane (familii dezorganizate, situaţii materiale deficitare, întreruperi în şcolarizare, etc.). S-au asociat în continuare evenimentele şi relaţiile tensional-conflictuale din familia proprie.

Analiza personalităţii premorbide a esimat într-o proporţie semnificativă — probabilitatea existenţei unui potenţial predispozant latent şi a unor dificultăţi de adaptare iniţiale, de intensităţi şi expresii variate, care ar corespunde unui risc mai mare de îmbolnăvire prin nevroze.

O situaţie particulară este reprezentată de lucrătorii cu afecţiuni nevrotice instalate anterior angajării în mină, sau în perioada imediat următoare (7% din Screening, 8% din lot), relevînd influenţa negativă pe care o are superficialitatea examenului medical şi lipsa examenului psihiatric şi psihologic la angajarea în subteran, precum şi acutizarea stressării psihice nî perioada iniţială a procesului de adaptare la munca în subteran, la persoanele care se angajează în mină la peste 30 de ani, vîrstă după care gradul de adaptabilitate începe să scadă.

Investigarea influenţelor directe sau mediate ale industrializării, urbanizării şi migrării interne sat-oraş, a relevat importanţa influenţei negative a schimbării radicale şi bruşte a specificului muncii, ca şi a statutului şi rolului socio-profesional. Majoritatea lucrătorilor din subteran investigaţi provin din mediul rural — 50% fiind la primul contact cu o muncă industrializată, restul avînd anterior o vechime redusă, în profesii semiindustrializate. Angajarea acestor persoane în mină, a presupus pe lîngă efortul general de adaptare la cindiţiile vieţii urbane şi ale muncii industriale, şi adaptarea la condiţiile specifice activităţii din subteran.

De asemenea condiţiile grele de muncă (consum energetic, solicitări posturale şi fiziologice ridicate) pot conduce la apariţia precoce şi cronicizarea stărilor de oboseală.

Peste 1/3 din lucrătorii din subteran afirmă (la Screening dificultăţi în realizarea sarcinilor profesionale, şi în cel puţin 1/4 din cazuri se manifestă lipsa unor motivaţii pozitive şi suficiente pentru munca desfăşurată, număr ce ar putea fi probabil redus prin efectuarea unor examene judicioase de orientare şi selecţie profesională la angajare, acţiune care a luat o extindere deosebită în numeroase ţări (U.R.S.S., R.P.P., R.S.C., R.D.G., Italia etc.).

Stările de oboseală au implicaţii şi consecinţe multiple în raport cu toţi factorii analizaţi. Ele slăbesc rezistenţa generală a organismului faţă de agenţii nocivi de orice natură (fizici şi psihici), favorizează apariţia unor stări de slăbiciune excitabilă care pot contribui atît la diminuarea randamentului şi înrăutăţirea relaţiilor profesionale, cît şi la creşterea riscului de accidentare. Stările de oboseală şi cele de încordare emoţională prelungite, se intercondiţionează reciproc şi totodată conduc la o uzură a organismului şi la o îmbătrînire precoce, fapt care explică incidenţa crescută a fenomenelor de involuţie şi în special de preinvoluţie care au favorizat aapriţia tulburărilor nevrotice (25%).

Ponderea crescută a afecţiunilor somatice asociate (1—2 în medie), reprezentînd „spine iritative" care stressează individul, pot întreţine de aesmenea afecţiunile nevrotice.

Sintetizînd o serie de constatări remarcate în studiul efectuat, se poate observa o concordanţă între opinia subiecţilor investigaţi şi unele rezultate ale analizei realizate asupra ponderii pe care au avut-o diverşii factori în apariţia afecţiunilor nevrotice.

Adopting the comcept of multifactorial causality in neuroting conditions, a team composed of medical doctors, psychologists and sociologists from the above Institute has attempted to gain an insight into the plurietyologic complex and to analyze the specific prevalences, weights and interrelations between the various causal factors favouring or predisposing the emergence and the maintenance of neurotic conditions in underground workers of the Valea Jiului Coal Basin. The survey was carried out at E. M. Lupeni (Mining Complex Lupeni).

The authors concluded that one of the characteristic features of the workers they have examined lies in the fact that a good many of the investigated medical, psychic and social factors lead — through their gradual accumulation and their interraction in time — to a psychical and psychic overload. This overload — even under the conditions of a sufficient degree of adjustment — creates a diffused fragility on the background of which the subsequent psycho-traumatising (particular, individual) events will have a much greater noxous effect. The multitude and the duration of this physical and psychic overload factors — „wear-out factors", favouring the emergence of psychic disordes — make them become more significant than the „determining" factors themselves which frequently assume the role of „the last straw".

At the same time our findings vindicate the initial hypothesis that, in certain domains of activity, the convergency points of the various factors which may trigger, maintain and aggravate neuroses, are more frequent and significant that in other fields.

CONSIDERAŢII SOCIOLOGICE ALE RELAŢIILOR DE GRUP ÎN RAPORT CU SPECIFICUL MUNCII

F. Stăniloiu, Fl. Ionescu
— Bucureşti

Grupul profesional este unul din micro-grupurile principale din care individul face parte şi în mijlocul căruia îşi petrece o mare parte din timp, care poate avea o acţiune pozitivă sau negativă asupra lui, care poate contribui la adaptarea sau dezadaptarea individului.

Interacţiunile reciproce, relaţiile care domină în interesul grupului, în cazul în care sînt necorespunzătoare, pot constitui un factor de stress puternic care, asociat cu alţi factori negativi sau în anumite condiţii chiar singur, pot produce o stare tensională care, avînd o anumită intensitate şi durată, să conducă la un dezechilibru psihic al individului respectiv. Din contră, relaţiile armonioase pot anihila influenţa negativă a altor factori din afară, pot constitui un punct de sprijin, cre să păstreze echilibrul psihic, să întîrzie sau să înlăture apariţia bolii.

În cazul existenţei unor relaţii corespunzătoare la locul de muncă, chiar după debutul bolii psihice, intivul în care lucrează, pe de altă parte, nici colectivul

Scanned with OKEN Scanner

nu are o atitudine de respingere a lui. Prestarea în continuare a activităţii profesionale poate constitui un factor recuperator, bolnavul tinzînd mai mult spre ameliorarea stării sale de sănătate decît spre agravare şi implicit pensionarea sa.

Comunicrea se bazează pe un studiu efectuat în anul 1976 asupra unui lot de 100 de lucrători în subteran şi în care analiza relaţiilor de grup a constituit o parte integrantă în vederea depistării factorilor care influenţează îmbolnăvirea psihică a minerilor.

Cadrul relaţional a fost analizat atît în microgrupul profesional prin relaţiile interpersonale şi directe pe paln orizontal — cu colegii — şi pe plan vertical — ierarhic — cu şefii direcţi, cît şi la nivel de întreprindere, reprezentat de relaţiile ce rezultă din raportarea individului în calitatea sa de angajat la întreprindere.

Cauza neînţelegerilor şi a conflictelor atît între colegi, cît şi cu şefii direcţi, o constituie problemele legate de desfăşurarea procesului de producţie.

În acest sens, modul de alcătuire al echipelor de lucru din subteran constituie un aspect important al problematicii relaţionale de la locul de muncă.

În general, dacă minerii solicită gruparea în echipă după gradul de rudenie sau judeţul de proveniență li se dă posibilitatea să lucreze împreună, excepţie făcînd tatăl cu fiul, care nu fac parte niciodată din aceeaşi echipă.

În cazul prezenţei unor conflicte de durată, repetate, cu repercusiuni asupra productivităţii, la cererea lor sînt separaţi în echipe diferite.

Deşi cei investigaţi au fost în general mulţumiţi de echipa din care fac parte şi nu doresc să o schimbe ei au ridicat totuşi problema interrelaţiilor miner cu vechime—miner nou angajat.

Pornind de la modul de alcătuire al echipelor de lucru, care cuprind atît mineri cu experienţă cît şi nou angajaţi, pe de o parte apare mentalitatea celor vîrstnici faţă de randmentul şi nepriceperea noilor angajaţi, iar, pe de altă parte, nemulţumirea tinerilor faţă de comportamentul celor cu vechime în raport cu ei.

Noii angajaţi suportă suspiciunea şi un comportament adecvat acesteia din partea minerilor cu vechime în muncă, întrucît fluctuaţia crescută în muncă în rîndul tinerilor crează un precedent negativ care influenţează comportamentul vîrstnicilor faţă de tineri.

Greutăţilor inerente începutului activităţii miniere adăugîndu-li-se neîncrederea vîrstnicilor faţă de intenţia noilor angajaţi de a rămîne în subteran fac şi mai dificilă adaptarea tinerilor, iar, în unele cazuri, determinînde hiar părăsirea muncii în subteran.

În afara problemelor ridicate de relaţiile dintre vechii şi noii angajaţi, apar tensiuni şi pe planul relaţiilor minerilor cu acelaşi nivel de experienţă şi vechime în muncă.

Introducerea acordului global a întărit controlul reciproc, control care în anumite cazuri favorizează apariţia disputelor între mineri, avînd ca punct de plecare diferenţierile reale sau închipuite între capacitatea şi dispoziţia de muncă a fiecăruia.

În concluzie, se poate aprecia că relaţiile de grup în cazul lucrătorilor din subteran, nu influenţează prin ele însele morbiditatea psihică. Prin însumare însă, în anumite condiţii, pot contribui la apariţia unei stări tensionale, care să creeze mediul propice producerii maladiei psihice, în special în cazul în care se supraadaugă acţiunii altor factori stressanţi sau cînd individul le acordă o semnificaţie deosebită

The pattern of mutual interrelations — of the relations prevailing within the occupational group — represents an important factor in maintaining the psychic balance of the individual.

The paper is based on a study carried out in 1976 on a lot of 100 underground workers from the Lupeni Mining Industry where the analysis of group relations represented an integral part of the efforts aimed at identifying the factors that have an impact on the psychic condition of the miners.

The framework of the relationship was analyzed both in the vocational micro-group from the standpoint of direct and interpersonal relations on a horizontal plane — with peers — and on the hierarchical-vertical plane — with the immediate superiors — as well as at the level of the corporation, that is in his capacity as an employee of the relative unit.

INTERFERENŢE ALE DINAMICII SUFERINŢEI NEVROTICE CU RELAŢIILE INTERPERSONALE LA LOCUL DE MUNCĂ

Paul Mihăescu
— Galaţi

Problematica individuală legată de activitate constituie o interrelaţie complexă, în cadrul căreia distingem :

— particularităţile muncii reprezentative de relaţia directă cu obiectul muncii ;

— ambianţa fizică de lucru ;

— aspectele psihologice ale locului de muncă, în care intervenţia unor factori socio-culturali este operantă prin mijlocirea microgrupului. Facilitarea inserţiei socio-profesionale a individului presupune integrarea în problematica unui grup minoritar, implicînd relaţiile ierarhice, formale, precum şi relaţiile neoficiale.

O adaptare satisfăcătoare în grupul de muncă cu instituirea unor raporturi interafective de simpatie constituie un factor sanogen pentru echilibrul emoţional al individului, putînd motivaţiona aspiraţii şi realiza împliniri şi satisfacţii.

Instalarea unor raporturi conflictuale, cu perturbări în comunicarea interpersonală, constituie o sursă de stress cu implicaţii negative asupra bunului mers al activităţii, conducînd la deteriorarea echilibrului emoţional al individului.

Material şi metodă. S-a utilizat metoda chestionării unui grup de 181 pacienţi, selecţionaţi ca eşantion reprezentativ din trei întreprinderi industriale (siderurgie, construcţii navale, industria textilă), dintre bolnavii cu suferinţe de intensitate nevrotică şi personalităţi dizarmonice decompensări de aspect nevrotic, urmărindu-se aspectele relaţionale pe orizontală (cu colegii sau în microgrupul din activitate) şi pe verticală (relaţiile cu şefii ierarhici direcţi).

Datele individuale obţinute au necesitat prelucrare statistică.

Rezultate şi discuţii. Investigarea posibilităţilor de integrare în atmosfera psihologică a grupului de muncă ale bolnavilor nevrotici a condus, la următoarele date :

Din acest tabel reiese că majoritatea bolnavilor percep ostil ambianţa microgrupului, cu dificultăţi de a-şi găsi simpatii sau prieteni şi implicînd frecvent aspiraţia de schimbare.

Investigarea relaţiilor „pe verticală" (cu şefii ierarhici), a căror perturbare este mai acut stressantă, indică un procentaj redus de relaţii conflictuale.

Prin caracterul psihotraumatizant de durată, mai semnificativă apare discrepanţa între efortul lucrativ

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul nr. 1

Nr. crt.	Relaţiile cu colegii de muncă	Adevărat	Neadevărat	Total
1.	Am neînţelegeri cu colegii mei de muncă	44,8%	65,2%	100,0%
2.	În grupul în care muncesc există persoane pe care nu le pot suporta	52,5%	41,5%	100,0%
3.	În grupul în care muncesc există persoane care se supără uşor pe mine	69,6%	30,4%	100,0%
4.	În rîndul colegilor de muncă nu am prieteni	64,1%	35,9%	100,0%
5.	Aş prefera să am alţi colegi de muncă	35,4%	64,6%	100,0%
	TOTAL	53,3%	46,7%	100,0%

şi aprecierile rezultatelor muncii de către şeful ierarhic, constituind o sursă de insatisfacţie la locul de muncă. Date semnificative sînt prezentate în tabelul nr. 2.

Tabelul nr. 2

Nr. crt.	Relaţiile ierarhice	Adevărat	Neadevărat	Total
1.	Şeful direct nu se poartă corect cu mine	14,4%	85,6%	100,0%
2.	Şeful direct are o antipatie personală faţă de mine	20,4%	79,6%	100,0%
3.	Uneori am impresia că şeful nu apreciază cum trebuie munca mea	54,7%	45,3%	100,0%
4.	Aş dori să lucrez sub conducerea unui alt şef direct	26,5%	73,5%	100,0%
	TOTAL	29,0%	71,0%	100,0%

Datele prezentate mai sus au fost suscitate de întrebarea care este raportul afectiv al suferindului nevrotic, cu grupul său, în ce măsură reuşeşte colectivitatea să asimileze şi să integreze pacientul psihiatric.

Atitudinea de ignorare nu este posibilă, structurarea nevrotică şi personalitatea dizarmonică implicînd un dialog viu, continuu care imprimă anturajului atitudine tranşantă, de simpatie sau respingere.

Majoritatea activităţilor productive din industrie (mai puţin în sectoarele înzestratt cu nivel înalt de automatizare), posedă un caracter colectiv care implică interrelaţie în procesul de activitate.

Necesitatea comunicării permanente în procesul muncii şi al activităţilor social-obşteşti din întreprindere, exclude indiferentismul colectivităţii faţă de individ — relaţiile avînd caracter bilateral, prelungit şi permanent, necesar solidarist — dar posibil şi antagonist (C. Ciocîrlan).

În aceste condiţii instalarea unor relaţii afective de respingere posedă caracteristici stressante asupra individului, cu potenţial de precipitare a tulburărilor emoţionale sau ca factor decompensator cronic.

Concluzii : -- raporturile pacientului cu microgrupul din producţie este nesatisfăcător la peste jumătate din bolnavii studiaţi, fapt cu repercursiuni negative asupra stabilităţii emoţionalt a individului ;

— integrarea deficitară şi raporturile conflictuale sînt mai

In this work we were researching psychology rates in a microgroup of their activity and the relations with hierarchical chiefs in a number of 181 wage-earners with neurosis suffering using vestion method. The results that were obtained shown a high percentange of unsatisfactory relations in the activity group than the hierarchical.

We foresaw to facilitate reinstate of the patinet through affectionate climate from production also through intervention of the sociologist and factory medium.

PERSONALITATE ŞI INTEGRARE

I. Alexandrescu

— *Spitalul clinic de psihiatrie „Socola" — Iaşi*

1. O întreagă doctrină psihologică explică integrarea profesională cu ajutorul aptitudinlor. Psihologia contemporană a pus în circulaţie termenul de vocaţie, al cărui conţinut implică pe lîngă aptitudini, motivaţia şi o încărcătură afectivă, toate acestea concurînd la potrivirea sau nepotrivirea omului cu munca în care s-a încadrat.

Prin cercetările noastre asupra rolului profesional noi am constatat :

a. Inserţia profesională depinde în primul rînd de sănătatea mintală a subiectului, de existenţa unei personalităţi integrate.

b. Într-adevăr, vocaţia reprezintă un factor care condiţionează inserţia profesională. Vocaţia nu apare însă ca un „ce" care există sau nu, ci în raport de un rol profesional fiecare ins prezintă un coeficient vocaţional (Q.V), în funcţie de care se evidenţiază patru clase de subiecţi :

— clasa optimalilor vocaţionali cu un Q.V. între
- — clasa optimalilor vocaţionali
- — clasa marginalilor vocaţionali
- — clasa indiferenţilor vocaţionali
- — clasa opuşilor vocaţionali

cu un Q.V. între 80—100
cu un Q.V. între 65— 80
cu un Q.V. între 50— 60
cu un Q.V. sub 50

Optimalii vocaţionali se integrează în rol şi se manifestă printr-o maximă echilibrare, satisfacţie şi printr-un nivel de aspiraţie foarte crescut. Personalităţile din această clasă sînt total angajate în activitatea productivă, între ele şi rolurile profesionale putîndu-se pune semnul egalităţii.

Marginalii constituie atît ca satisfacţie, cît şi ca nivel de aspiraţie, un material uman care fluctuează între indiferenţă şi tendinţa de angajare serioasă în rol, aceştia putînd fi, prin intervenţia unor mobile favorabile, antrenaţi ascensional.

Indiferenţii sînt oameni fără un ideal profesional. La aceştia satisfacţia nu se găseşte în muncă, ci în activităţi secundare vieţii.

Persoanele din ultima categorie, deşi aparţin normalului, sînt încontinuu nesatisfăcute, trec frecvent dintr-o profesiune în alta şi se găsesc mereu în conflict cu ele însele şi cu ambianţa.

2. Din cercetările noastre reiese că inserţia profesională concurează la echilibrarea individului. Malinserţia constituie un factor de eşec al echilibrării individului cu el însuşi şi cu ambianţa.

Cercetările noastre efectuate pe malintegraţii profesionali reliefează :

— la nivel familial : conflicte familiale, disarmonie între soţi, dezorganizări de cămine ;

— la nivel macrosocial : crearea unor probleme de rezolvat (numeroase plîngeri pe la diferite autorităţi), generarea unor infracţiuni potenţiale etc.

3. Cercetările noastre evidenţiază, de asemenea, că malintegrarea profesională nu numai că minează procesul de echilibrare a individului cu el însuşi şi cu mediul, dar că, prin acest fapt, minează însăşi unitatea personalităţii, totul integrat, malinterarea fiind o sursă a unor conflicte intrasubiective, care pot determina forme potenţiale de tulburare a conduitei (conduită incongruentă, conduită ambivalentă) sau manifeste (nevroze, tulburări comportamentale).

În categoria conduitei incongruente intră toţi subiecţii care au conştiinţa incompatibilităţii lor, toţi aceia care sînt frapaţi de contrastul dintre ei şi alţii. În general asemenea subiecţi încearcă să-şi ascundă eşecurile profesionale printr-o ancorare compensativă în viaţa cotidiană (distracţii, alcool, joc de cărţi etc.).

În categoria conduitei ambivalente se plasează persoanele în conştiinţa cărora se înfruntă două „naturi" una rezultată din procesul de structurare, care predispune subiectul spre îndeplinirea unui rol profesional şi una, cîştigată printr-o încercare voluntară de restructurare, pusă în serviciul unui alt rol profesional, pentru care a optat individul. În asemenea situaţii personalitatea este atrasă şi de un rol şi de celălalt.

În ceea ce priveşte nevrozele şi tulburările de comportament, noi am găsit, prin investigarea unui lot de 200 bolnavi psihici la limită cu normalitatea, internaţi în spitalul „Socola" Iaşi, că malintegrarea profesională a contribuit la îmbolnăvirea lor, fie ca factor principal, fie ca factor adjuvant, într-o proporţie de 34,21%.

III. *Concluzii şi interpretare*

1. Prima concluzie care se degajă din materialul prezentat este că personalitatea viază prin integrare, că este o rezultantă a integrării.

2. A doua concluzie este că inserţia socială reprezintă o altă faţetă a integrării. Persoana integrată e aceea ale cărei trăsături, interese, dorinţe se combină într-o unitate armonioasă şi efectivă. În acelaşi timp se ştie însă că personalitatea, deşi e o realitate autonomă, nu poate fi concepută decît într-o reţea activă de interacţiuni actuale şi potenţiale a insului cu lumea. Unitatea personalităţii nu se conservă decît în cadrul ambianţei sociale. Ca atare, inserţia socială apare ca un alt pol al integrării.

3. A treia concluzie : o personalitate optim integrată e premiza unei optime inserţii sociale.

4. A patra concluzie : o bună integrare socială concurează la susţinerea integrităţii personalităţii. Dacă reuşita integrării sociale depinde de un organism integrat, la rîndu-i integrarea socială, printr-o motivaţie favorabilă, alimentată de trebuinţe, tendinţe, valenţe, interese, scopuri, asigură continuitatea integrării personalităţii. Cele două faţete ale integrării influenţîndu-se reciproc, buna lor funcţionare constituie o condiţie a sănătăţii mintale.

IV. *Contemporaneitate şi comandament*

Societatea contemporană consideră personalitatea ca realitatea bazală a existenţei sale. Toate ştiinţele sociale au ca ideal dezvoltarea liberă şi armonioasă a personalităţii.

În acelaşi timp, dintre toate activităţile societăţii cea mai mare importanţă prezintă activitatea productivă. Personalitatea se defineşte optim numai în cadrul activităţii productive.

Pentru a avea o societate sănătoasă şi personalităţi sănătoase, ţinînd seama că integrarea profesională depinde de vocaţie şi că necorespondenţa vocaţională poate fi pentru om o sursă a unor tulburări psihice, orientarea vocaţională a oamenilor în muncă se impune ca un comandament.

Par des études effectuées sur divers milieus professionels, l'auteur est arrivé à des conclusions en ce qui concerne le rapport d'entre la personnalité et l'intégration, ainsi :

1. La personnalité représente un tout intégré ;

2. Une personnalité optimement intégré est une prémisse d'une insertion sociale optime, celle-ci étant une autre facette de l'intégration ;

3. Une bonne intégration sociale concourt à la soutenence d'une intégration de la personnalité ;

4. Les deux facettes de l'intégration s'influencent réciproquement, leur bonne fonction étant une condition de la santé mentale.

PROBLEME DE ADAPTARE SOCIO-PROFESIONALĂ ÎN MEDIUL INDUSTRIAL ÎN COLECTIVITĂŢI MAJORITAR FEMININE

Irimia Victoria, Lucica Popescu, Speranţa Brumă

— Laboratorul de sănătate mintală — Piteşti

În studiul de faţă ne-am propus să observăm de pe poziţii bio-fiziologice, psihologice şi sociologice integrarea femeii în munca industrială din două puncte de vedere :

1. — factorii psiho-sociali generatori de disconfort psihologic ;

2. — frecvenţa îmbolnăvirii psihogene la persoane astfel handicapate.

Pentru a exclude de la început supra-solicitările bio-fiziologice am ales pentru cercetare un grup majoritar feminin dintr-o întreprindere cu profil de industrie textilă — Întreprinderea de Stofe „Argeşana" — unde femeile reprezintă peste 70% din totalul oamenilor muncii, dovedindu-şi practic abilitatea ; aceasta pe de o parte, iar pe de altă parte pentru că în decursul activităţii curente a Laboratorului nostru de sănătate mintală am avut numeroase solicitări din partea oamenilor muncii întreprinderii amintite, pentru consultaţii de specialitate. Menţionăm de asemeni, că în cadrul serviciului de asistenţă socială au fost dispensarizaţi 43 de oameni ai muncii de la această întreprindere.

Prezentarea eşantionului şi tehnica de lucru

În scopul verificării ipotezelor propuse am stabilit ca tehnică de lucru un ghid de interviu cuprinzînd 57 de întrebări care a fost aplicat oamenilor muncii din schimbul I folosind ca metodă de culegere a datelor

auto-înregistrarea. Ca urmare eşantionul a cuprins aproximativ 867 oameni ai muncii, ceea ce reprezintă 20,47% din totalul oamenilor muncii întreprinderii.

Am aplicat chestionarul după o singură instruire prealabilă a şefilor de echipe pentru asigurarea spontaneităţii răspunsurilor.

Pentru respectarea omogenităţii eşantionului datele au fost culese din sectoarele direct productive ale întreprinderii şi anume :

— filatură
— ţesătorie
— finisaj
— mecano-energetic.

Datele au fost prelucrate prin calcul electronic.

În obiectivul cercetării noastre sînt deci factori generatori de disconfort psihologic, înţelegînd prin aceasta totalitatea circumstanţelor generatoare de trăiri afective neplăcute.

Aceste circumstanţe au fost jalonate în funcţie de : vîrstă, sex, stare civilă, pregătire profesională, locul şi rolul în procesul de producţie, viaţa de familie, posibilităţi de refacere a potenţialelor consumate.

Prezentarea şi interpretarea datelor

Eşantionul pe care s-a desfăşurat cercetarea a cuprins un număr de 867 subiecţi din care 107 bărbaţi, reprezentînd 13,35% şi 760 femei reprezentînd 87,65% din eşantion.

Din acest total 36% acuză disconfort psihologic repartizat pe sexe după cum urmează :

— 36 bărbaţi, 4,5% din eşantion adică 12,5% din totalul subiecţilor care acuză disconfort psihologic ;

— 252 femei, 31,5% din eşantion adică 87,5% din subiecţi cu disconfort psihologic.

Am repartizat aceşti factori poluanţi psihologic în două categorii principale :

A. Situaţii nefavorabile la locul de muncă reprezentînd 36% din eşantion.

B. Situaţii nefavorabile în viaţa de familie reprezentînd 15% din eşantion.

Dintre situaţiile nefavorabile la locul de muncă s-au profilat următoarele categorii de factori :

1. — alegerea greşită a meseriei — 8,5% din eşantion, exprimată ca imposibilitate de a-şi îndeplini sarcinile de servici, plictiseală, muncă monotonă.

2. — condiţii de muncă grele (zgomot excesiv între 10 db—102 db în secţia ţesătorie, schimbul II) reprezentînd 36% din eşantion, exprimat ca oboseală excesivă după orele de program care nu poate fi depăşită pînă a doua zi.

3. — neînţelegeri în colectivul de muncă, 3% din eşantion exprimat ca divergente interpersonale.

4. — neînţelegeri cu şeful direct exprimat ca orientare neadecvată a normelor, 1% din eşantion.

5. — necunoaşterea sarcinilor de servici prin instituire insuficientă, 1% din eşantion.

6. — neparticipare la procesul decizional 3,48% din eşantion ; este semnificativ de subliniat faptul că într-o unitate cu pondere feminină, conducerea este susţinută numai de bărbaţi exceptînd directoarea, o şefă de secţie şi 10 ajutoare de maiştri.

Probleme ale vieţii de familie apar mai colorate şi mai dificil de rezolvat după cum urmează :

1. — familii dezorganizate — concubinaj, 3% (cu sau fără copii)

2. — neînţelegeri grave cu soţul 3% şi anume violenţe, adulter, consum excesiv de băuturi alcoolice cu afectarea importantă a veniturilor materiale.

3. — neînţelegeri cu familia soţului 3% din eşantion.

4. — familii numeroase implicînd activităţi gospodăreşti obositoare şi îndelungate 5% din eşantion.

Dacă mai adăugăm la problemele mai sus enumerate şi activităţile agricole obligatorii în cadrul C.A.P., 9% din eşantion, naveta 27% din eşantion găsim solicitări în plus.

Studiind totalitatea acestor factori se remarcă în ultimă instanţă reducerea timpului rezervat destinderii, afirmării aspiraţiilor şi somnului la 11% din eşantion. Iată de ce studii liceale s-au constatat doar la un procent de 6,75% din totalul muncitoarelor.

Din totalul oamenilor muncii chestionaţi care trăiesc în situaţii de disconfort psihologic doar 17,6% sînt bolnavi psihici ceea ce pe total eşantion reprezintă 6,36%.

Studiul grupelor de vîrstă relevă procentul maxim al subiecţilor cu disconfort psihologic în jurul vîrstei de 26—30 ani. Dintre aceştia 2,13% reprezintă 33,49% din totalul suferinzilor psihici diagnosticaţi în serviciii de specialitate.

Se impune logic şi o legătură între suprasolicitările de lungă durată la persoane handicapate somatic reprezentate de 5,5% din eşantion.

De tratament psihiatric au beneficiat doar 4,98% din eşantion ceea ce denotă insuficienta orientare spre unităţi cu tratament de specialitate.

Avîndu-se în vedere aceste situaţii de disconfort psihologic create, în întreprindere s-au luat o serie de măsuri privind :

1. — reducerea zgomotului care în secţia ţesătorie depăşeşte limita admisibilă de 90 db., introducîndu-se experimental în cîteva ateliere războaie de ţesut silenţioase.

2. — înfiinţarea unei comisii care ia în discuţie şi rezolvă problemele schimbării locului de muncă, săptămînal la care au apelat 4,98% din oamenii muncii chestionaţi.

3. — scutirea de tură de noapte la 1,99% din eşantion, la recomandare medicală.

4. — intervenţii sporadice la nivelul familiilor dezorganizate.

5. — înfiinţarea a două creşe şi o grădiniţă pentru copiii oamenilor muncii.

6. — construirea pînă la ora actuală a trei cămine pentru nefamilişti în vederea reducerii zonei de navetă şi a supravegherii colectivităţilor de tineri muncitori.

The authors, using an interview — system as a working technique comprising 57 codified questions-and answers, have observed 867 workers at the „Argeşana" Colth Factory in Piteşti, having under constant observatios :

1. — psycho-social factors generating psychologic discomfort.

2. — the frequency of psychogenetic illness with such handiccapped subjects.

The data have been worked out through electronic computing. In the end, some conclusions are being presented and some steps are being indicated, charac-

Scanned with OKEN Scanner

RELAŢIILE MEDICO-SOCIALE ALE PSIHIATRULUI PRIN INTERMEDIUL SERVICIILOR EXTRASPITALICEŞTI PRIVIND PROBLEMATICA SĂNĂTĂŢII MINTALE ÎN MEDIUL INDUSTRIAL

V. Chiriţă
— L.S.M. — Bacău

Se conturează astăzi tot mai clar că, în pofida progreselor rapide pe care le realizează medicina, ea nu poate rezolva singură problemele majore ale sănătăţii publice, impunîndu-se ca obiectiv necesar concursul întregii societăţi, al organelor de stat al organismelor instituţionale al fiecărui cetăţean în parte.

Psihiatria, ca ştiinţă medicală, implică un caracter larg de interdisciplinaritate, care se impune pregnant în stadiul actual al dezvoltării şi ramificării diferitelor specialităţi medicale. Relaţiile interdisciplinare ale psihiatriei permit posibilităţi largi de desfăşurare şi interpătrundere atît cu specialităţile medicale clinice şi paraclinice, cît şi cu cercetările psihologice şi sociologice.

În acest context relaţiile medico-sociale ale psihiatrului constituie o metodologie de lucru, depăşind cadrul ştiinţelor medicale, psihologice, sociale, extinzîndu-se prin intermediul serviciilor extraspitaliceşti pînă la nivelul organismelor instituţionale şi factorii de decizie şi mergînd pînă la activistul social din mijlocul populaţiei. Astfel promovarea şi apărarea sănătăţii mintale în mediul industrial, depăşeşte cadrul strict al psihiatriei ca disciplină medicală cu valenţe sociale, impunînd relaţiile medico-sociale ale psihiatrului în scopul lărgirii cîmpului de acţiune al acestuia spre societate.

În strînsă dependenţă şi interrelaţie cu conceptul de sănătate mintală, problemele de igienă mintală — mijloacele destinate menţinerii sau ameliorării sănătăţii mintale — şi de profilaxie mintală — măsurile destinate prevenirii apariţiei tulburărilor mintale, constituie probleme de prim ordin alături de sarcinile psihiatrice tradiţionale — tratament şi depistare — şi determină extinderea şi integrarea psihiatriei în colectivitatea industrială.

Pe de altă parte ecologo-epidemiologia psihiatrică, printr-o colaborare interdisciplinară permite studiul bolilor psihice sub raportul etiopatogeniei, profilaxiei, terapeuticii, reinserţiei şi recuperării socio-profesionale, stabilind măsurile necesare prevenirii eşecului adaptativ şi totodată modalităţiile de asistenţă medico-socială.

În acest context psihiatria socială, care decurge din dezvoltarea psihiatriei ca disciplină medicală, se diferenţiază de psihiatria clinică prin cercetări şi acţiuni corespunzătoare concepţiilor moderne despre boala psihică şi asistenţa ei medico-socială, afirmîndu-se tendinţa de a analiza boala psihică prin complexitatea factorilor de mediu social, cercetîndu-le răspîndirea, sursele şi consecinţele asupra colectivităţii în care apar, alături de prevenirea şi tratamentul lor prin neutralizarea cauzelor patogene şi folosirea acelor factori ce pot contribui la amendarea lor.

În prospecţiunea sănătăţii mintale în mediul industrial capătă astfel semnificaţii deosebite conceptul bio-psiho-social, concept care conferă o bază ştiinţifică şi realistă în elaborarea şi realizarea acţiunilor complexe profilactico-curative şi organizatorice, acţiuni care corespund spiritului politic al planului pe termen lung privind dezvoltarea psihiatriei şi apărarea sănătăţii mintale transpusă în acţiune de Ministerul sănătăţii din anul 1972.

Complexitatea acţiunilor şi metodelor care vizează apărarea şi promovarea sănătăţii mintale în mediul industrial implică relaţionarea medico-socială a psihiatrului în dubla sa calitate de medic şi activist civic, implică activitatea în echipe competente care să acţioneze în baza unor criterii ştiinţifice şi riguroase.

Relaţiile medico-sociale ale psihiatrului în problematica sănătăţii mintale în mediul industrial devin operante prin intermediul serviciilor extraspitaliceşti. Astfel activitatea medicului psihiatru în cadrul L.S.M. în scopul apărării şi promovării sănătăţii mintale în mediul industrial, pe lîngă probleme curente de ordin profilactico-curativ cuprinde o serie de acţiuni menite să evalueze şi să prevină factorii de risc şi eşec adaptativ :

— studierea unor grupe de salariaţi în scopul ameliorării condiţiilor de activitate, a integrării socio-profesionale şi adaptării la mediul profesional ;

— studierea adaptării salariaţilor în procesul de producţie şi a randamentului în muncă ;

— orientarea şi reorientarea profesională în funcţie de aptitudinile individuale ;

— studiul interrelaţiilor de microgrup productiv în procesul de producţie ;

— depistarea precoce a îmbolnăvirilor psihice, a cauzelor de îmbolnăvire şi a circumstanţelor în care apar ;

— analiza incapacităţii temporare de muncă pentru aprecierea morbidităţii prin diferite afecţiuni psihice ;

— dispensarizarea bolnavilor psihici ;

— dezvoltarea unei atitudini favorabile din partea mediului profesional faţă de bolnavul şi boala psihică ;

— educaţia sanitară-igienică şi psihoprofilactică a salariaţilor în vederea prevenirii surmenajului, suprasolicitării şi îmbolnăvirii lor, acţiune care necesită o metodologie sistematică cu respectarea anumitor reguli de prudenţă în evitarea unor erori psihologice grave şi o ancorare în noţiunile de igienă mintală.

Rezolvarea acestor probleme fac necesare desigur studii şi cercetări la locul de muncă în care psihiatrul va colabora direct cu medicul de întreprindere, care cunoaşte îndeaproape specificul muncii şi starea de sănătate psihică şi somatică a salariaţilor. Soluţiile şi sugestiile recomandate se pot pune în practică prin intermediul acestuia şi în colaborare cu factorii de decizie din întreprinderi.

Astfel privind lucrurile, în cazul unor testări psihologice, apare insuficientă folosirea laboratorului de psihologie ca singur loc de studiere a comportamentului uman şi necesitatea studierii acestuia la locul de muncă, fapt care aduce un profit pentru înţelegerea relaţiei om-mediu industrial şi pentru intervenţii practice în acest domeniu.

În acest mod recomandările echipei complexe în care rolul de lider al psihiatrului este definit prin calităţile şi îndatoririle sale medicale şi sociale, nu vor fi aleatorii ci vor fi indicaţii utile, adecvate în raport cu particularităţile locului de producţie şi cu posibilităţi reale şi imediate de transpunere în realitate.

De asemenea rezolvarea profilactico-curativă a patologiei psihice se poate realiza în mai bune condiţiuni prin colaborarea psihiatrului cu medicul din întreprindere, care va urmări efectuarea tratamentului precum şi respectarea indicaţiilor date, atît de către pacient cît şi de către conducerea instituţiei. În acelaşi timp dacă medicul de întreprindere este documentat şi avizat în problematica sănătăţii mintale, desigur că va putea depista şi îndruma precoce cazurile de îmbolnăvire către L.S.M. În momentul reluării activităţii profesionale el intervine în observa-

Scanned with OKEN Scanner

rea pacientului la locul său de muncă în vederea readaptării şi reintegrării profesionale şi a asigurării unui climat favorabil de înţelegere şi ajutorare. Atunci cînd acesta consideră că un anumit loc de muncă prezintă anumite particularităţi capabile să genereze factori de risc adaptativ va solicita L.S.M. pentru studierea în echipă complexă a cazurilor de îmbolnăvire şi a factorilor care le determină.

Pentru optimizarea relaţionării medicului psihiatru cu reţeaua de medicină generală din întreprinderi unele precizări de ordin metodologic apar necesare :

— pregătirea medicului de medicină generală în probleme de sănătate mintală, igienă mintală şi patologie psihiatrică ;

— cooptarea acestuia în echipa complexă alături de psihiatru, psiholog, asistentul social şi împreună cu un reprezentant al întreprinderii ;

— examinarea în comun a cazurilor de îmbolnăvire cu recomandarea soluţiilor terapeutice cele mai adecvate ;

— colaborarea permanentă între psihiatru şi medicul de întreprindere cu urmărirea riguroasă a etapelor de tratament şi a adaptării la procesul de producţie.

Această modalitate de lucru este pe deplin posibilă în cadrul general al unei asistenţe medicale organizate, creind premizele unei activităţi sistematice prin cointeresarea tuturor factorilor medicali şi sociali angajaţi în apărarea şi promovarea sănătăţii mintale în mediul industrial.

The complexity of the actions and methods that aim at the prophylaxy of the mental diseases in industrial environment implies the social-medical relation of the psychiatrist the activity in complex teams in order to act according to scientifical criteria. The prophylactic-curative solution of the psychic pathology acquires in efficiency by the cooperation with the doctor of the general medicine from factories and the incentive of all the medical and social factors engaged in the defence and the promotion of the mental health in the industrial environment.

The work made by the psychiatric doctors collective from the regional hospital Bacău at an alcoholic drinks processing factory, points out the importance of the co-operation with the doctor of the factory and the factors of the administrative leadership in the complex prophylaxy action of the alcoholism in the unities with this specific production.

ADAPTAREA ŞI INTEGRAREA ORGANISMULUI UMAN ÎN CONDIŢIILE MUNCII DIN MEDIUL INDUSTRIAL

Elena Koch, Al. Avasilcăi
— *Spitalul Cîmpulung Moldovenesc*

Întreaga natură este alcătuită din corpuri materiale numite *sisteme*. Un sistem reprezintă un ansamblu de elemente identice sau diferite, legate prin conexiuni şi interacţiuni reciproce. Corpurile vii poartă numele de *sisteme biologice* şi se încadrează în categoria sistemelor deschise ; adică posedă schimburi atît de energie, cît şi de substanţe cu mediul înconjurător. Trăsăturile sistemelor bioolgice sînt : integralitatea, programul, echilibrul dinamic şi autoreglarea.

Integralitatea constă în faptul că un sistem nu se reduce la suma *însuşirilor* părţilor sale componente, ci prezintă însuşiri structurale şi funcţionale noi, care rezultă din interacţiunea părţilor sistemului, din organizarea şi funcţionarea lor.

Programul reprezintă schimbarea posibilă a sistemului în viitor, determinată de structura lui. Întrucît orice sistem biologic are mai multe stări posibile (în funcţie de structura şi organizarea lui) el are şi mai multe programe şi se realizează cel pentru care se crează condiţii potrivite în urma corelaţiei sistemului dat cu lumea înconjurătoare.

Echilibrul dinamic decurge din trăsătura esenţială a sistemelor deschise : schimbul permanent de materie şi energie. Menţinerea integralităţii nu este posibilă decît dacă sistemul posedă mijloace prin care să controleze procesele sale interioare în funcţiile de relaţiile cu mediul.

Autoreglarea este una din cele mai generale caracteristici ale sistemelor biologice, care permite ca şi în orice sistem cibernetic, recepţia informaţiei, circulaţia ei în elementele sistemului, selecţia răspunsului adecvat, efectuarea răspunsului faţă de stimuli. Autoreglarea este posibilă numai dacă răspunsurile sistemului sînt comparate cu comanda, adică dacă sînt comunicate din nou receptorului care a primit semnalul iniţial prin mecanismul de conexiune inversă (retroacţiune, aferenţiaţie inversă sau feed-back) şi care constituie după Klaus „cheia pentru explicarea domniei ordinei în Univers".

Autoreglarea funcţională asigură homeostazia organismului, iar consecinţa acestei autoreglări este integrarea adaptată a organismului în mediu. Omul, ca sistem biologic, posedă numeroase exemple de autoreglare :

Autoreglarea temperaturii corpului se face prin mecanisme de conexiune inversă, ce-şi au originea în corpusculii termici din piele, determinînd prin intermediul hipotalamusului mărirea cantităţii de căldură şi micşorarea pierderilor de căldură spre exterior, în cazul frigului din timpul iernii şi invers, micşorarea producţiei de căldură internă şi mărirea pierderilor de căldură spre exterior în timpul verii.

În regiunea industrială, forestieră în care ne aflăm, muncitorii care lucrează în exploatare, sub cerul liber în orişice sezon, au asigurate condiţii de igienă a îmbrăcămintei (slăvuţe, cisme cauciucate etc.).

Autoreglajul hidric al organismului se datoreşte mecanismului de feed-back, declanşat de excitaţiile de concentraţie moleculară a sîngelui asupra osmoreceptorilor din vase. În caz de sete puternică are loc mărirea concentraţiei moleculare a sîngelui, excitaţia este condusă la hipotalamus, ce determină secreţia hormonului antidiuretic de către hipofiza anterioară, care acţionează asupra ansei lui Henle, a nefronului, strîmtînd mult canalul, ceea ce determină o creştere a presiunii urinei primare în tubul proximal, care favorizează reabsorbţia apei în sînge. Cînd sîngele este diluat în urma ingestiei mari de apă, secreţia de hormon antidiuretic se opreşte, ansa lui Henlé se păstrează larg deschisă, iar urina primară trece în cantitate mare în tubul distal, iar apoi în urina finală.

Autoreglarea secreţiei de suc gastric.

Alimentele introduse în cavitatea bucală excită terminaţiile gustative de pe limbă, care produc influxul nervor senzitiv, ce este condus la centrul din bulb iar acesta comandă secreţia de suc gastric (relaţia cantitativă). În momentul ajungerii în stomac, alimentele excită terminaţiunile nervoase din pereţii acestuia care prin reflexe locale vegetative determină secreţia sucului gastric adecvat naturii alimentelor (relaţia calitativă).

Scanned with OKEN Scanner

Trecerea chimusului gastric din pilor în duoden se realizează tot pe baza conexiunii inverse. Sub acţiunea pspsinei, asupra proteinelor apar peptonele în chimusul gastric şi acestea determină un reflex prin nervul vag, care determină deschiderea pilorului şi o parte din chimusul acid trece în duoden. Chimusul acid acţionează asupra pereţilor duodenali, determinînd un reflex simpatic de închidere a pilorului.

Autoreglarea absorbţiei soluţiilor de glucide din intestin. De multe ori soluţiile de glucoză se intră în intestin sînt mai concentrate decît valoarea normală a glicemiei sanguine de 1‰. Acestea constituie stimulul care acţionează asupra osmoceptorilor din peretele intestinului, determinînd ieşirea apei din sînge în lumenul intenstinului şi diluează soluţia de glucide, apoi fiind absorbită în sînge. În situaţia cînd concentraţia glucidelor ajunsă în lumenul intestinal este foarte mare, atunci ieşirea de apă din sînge este puternică şi glucidele se elimină la exterior prin fenomenul de purgaţie. Reglajul de tip feed-back are loc la nivelul mucoasei de absorbţie, între soluţia concentrată şi apa care e scoasă din sînge.

Autoreglarea glicemiei sîngelui se face prin mai multe legături de tip feed-back: ACTH—adrenalina, PSH—insulina, TSH—tiroxina. În cazul hiperglicemiei (după o masă cu multe glucide) excitaţia pornită de la capilare este condusă la centrul din hipotalamus, de unde se comandă impulsul insulinotrop (PSH), tireotop (TSH) şi somatotrop (STH). Impulsul insulinotrop declanşează secreţia de insulină a pancreasului, care determină depozitarea glucozei din sînge în ficat sub formă de glicogen iar cel tireotop şi somatotrop cresc consumul de glucoză periferic. Aceste impulsuri acţionează pînă cînd excitaţia capilară de hiperglicemie încetează şi se revine la normal. În cazul hipoglicemiei excitaţia pornită de la capilarii este condusă la centrul din hipotalamus, de unde se comandă prin hipofiză, ACTH, secreţia de adrenalină, ce ajungînd la ficat transformă glicogenul în glucoză; iar aceasta ajungînd în sînge readuce valoarea glicemiei la normal. Reglarea glicemiei se face prin secreţii succesive de insulină şi adrenalină, insulina face să scadă glucoza din sînge, iar adrenalina face să crească. Jocul acesta al valorilor de glicemie necesită un anumit timp pentru a se reduce din ce în ce şi a se ajunge la valoarea normală a glicemiei.

Autoreglarea tensiunii arteriale.

La nivelul cîrjei aortice (crosa aortică) şi la locul de bifurcare a arterelor carotide comune există o mare bogăţie de intero-ceptori, care reprezintă zonele reflexogene. Exercitarea zonelor reflexogene prin creşterea presiunii arteriale ca urmare a unui efort depus, a unei enervări, sau a unei revărsări de adrenalină în sînge, determină în mod reflex în centrul vasomotor şi cardiac din bulb o rărire a contracţiilor cardiace şi o vasodilatare a arterioarelor, iar presiunea arterială scade. Situaţia se petrece invers în cazul scăderii presiunii în zonele reflexogene, cînd prin feed-back se ajunge la creşterea presiunii.

Hipertensiunea arterială poate fi determinată de mai multe cauze printre care amintim cele mai frecvente din zona cercetată: consumul abuziv de alcool şi tutun la ambele sexe şi indiferent de vîrstă şi uneori alimentaţia pe bază de grăsimi animale. În zona minieră se datoreşte creşterii concentraţiei de CO_2 şi alte gaze.

Autorelgarea mişcărilor respiratorii.

Creşterea concentraţiei de CO_2 din sînge exictă centrul respirator din bulb, determinînd inspiraţia, iar a O_2 poate determina expiraţia. În centrul respirator bulbar au loc fenomene de inducţie nervoasă simultană prin care exercitarea centrului inspirator induce inhibiţia centrului expirator. Apoi se inversează şi excitaţia centrului inspirator devine inhibiţie, iar inhibiţia centrului inspirator devine excitaţie, fenomen numit inducţia consecutivă. Prin jocul alternativ al fenomenului de inducţie se asigură alternarea inspiraţiei cu expiraţia; acesta constituind un exemplu tipic de feed-back la nivelul centrilor nervoşi.

Autoreglarea mişcărilor musculare se realizează prin intrarea în funcţiune a inducţiei simultane şi consecutive la nivelul centrilor nervoşi somatici, care comandă contracţia unui grup de muşchi. Influxurile ce pornesc din proprioceptorii neuromusculari şi neurotendinoşi reglează intensitatea contracţiei şi determină transformarea centrului excitat în unul inhibaa, ceea ce fac posibile mişcările de mers, fugă, salt.

Autoreglarea diametrului pupilar. Cantitatea de lumină, care intră în ochi este controlată de deschiderea pupilei. Cînd lumina e prea puternică excitaţia este condusă în lobul occipital al scoarţei cerebrale, de unde prin nervul oculomotor comun se comandă gradul de contracţie a muşchilor circulari din iris, pupila se micşorează şi pătrunde o cantitate de lumină mai mică în ochi. Cînd stimului luminos lipseşte sau este foarte scăzut (obscuritate) se contractă reflex muşchii radiari, dilatatori ai pupilei, la comanda centrilor simpatici. De diamertul pupilar depinde cantitatea de lumină care intră în ochi şi corecţiile desfericitate ale cristalinului, ceea ce determină formarea imaginii pe retină.

Autoreglarea apărării imunitare are la bază mecanismul feed-back prin legătura dintre antigen şi anticorp. Cu cît cresc moleculele de antigen în ţesutul limfatic se formează molecule de anticorpi. Acestea sînt induse de timocitele ce vin din timus în ganglionii limfatici şi provoacă formarea de anticorpi de către celulele limfocitare. Cînd concentraţia anticorpilor e mare, ei determină oprirea formării de anticorpi.

Autoreglarea, ca proprietate importantă a organismului uman nu mai funcţionează normal în tulburările patologice. Tulburările reglajului funcţional se datorează alterării de informaţie inversă (feed-back) în următoarele situaţii: la originea excitaţiilor care le provoacă, pe căile ascendente, în centrii de comandă, pe căile descendente. Un sistem biologic, care nu-şi mai poate autoregla funcţiile de bază, nu se mai poate integra nici în mediul său înconjurător şi este eliminat prin selecţie naturală mai devreme sau mai tîrziu.

The environment determines the self-regulation mechanisms. Owing to the self-regulation the organism can adapt itself to any conditions of the enviment.

The adaptation is a result of the self-regulation processes, processes based on the nervous reflex or the endocrine reflex, relied on the feed-back. The ensemble of the self-regulation processes in the organism, determines the constant maintenance of the internal equilibrium, which permits a perpetual exchange of matter and energy with the outside.

Owing to these self-regulated processes, the organism can adaptitself to any conditions of the environment, therefore it fits in the environment and it survives.

Scanned with OKEN Scanner

UNELE ASPECTE PRIVIND ADAPTAREA ŞI INTEGRAREA PROFESIONALĂ A ŢESĂTOARELOR

D. Mocanu, G. Bălăceanu, R. Herovanu
— *Iaşi*

Dezvoltarea social economică a ţării noastre a făcut femeia să capete un rol tot mai important în producţia de bunuri materiale şi spirituale în toate domeniile de activitate.

Plecînd de la faptul că unii factori profesionali de solicitare pot avea efecte nefavorabile într-un grad mai accentuat asupra organismului femeii în funcţie de particularităţile sale fiziologice şi psihologice, am considerat utilă studierea factorilor de solicitare şi efectele acestora pe două loturi de femei din industria textilă, cu atît mai mult cu cît în literatura de specialitate există puţine date care să abordeze această problemă. Totodată am încercat să surprindem şi gradul de integrare profiesională.

Material şi metodă.

Lucrarea s-a efectuat în două întreprinderi cu profil textil din secţia de ţesătorie, diferite ca dotare tehnică şi condiţii de muncă.

Cele două loturi au fost omogene din punct de vedere al vîrstei, vechimii profesionale şi a profesiei: lotul A de la fabrica Textila cu o vechime în muncă de 4,4 ani şi o vîrstă medie de 23,6 ani şi lotul B de la fabrica de Mătase, cu o vîrstă medie de 22,5 ani şi 4,1 ani vechime, fiecare lot fiind format din 55 femei.

S-au utilizat următorii indicatori: aprecierea ergonomică a condiţiilor de muncă, reacţiile aparatului cardio-vascular (puls, T.A. şi probele Teslenco şi Crampton), consumul energetic (debit respirator şi kcal/min, consum de oxigen), timpul de reacţie la stimuli audio-vizuali, examen audiometric, precum şi fişa chestionar pentru studiul integrării profesionale. Întrebările din fişă au fost grupate în 5 indicatori ai integrării (satisfacţie profesională, relaţii de muncă orizontale şi verticale, cadrul fizic al muncii şi aspectele oboselii) a căror cote însumate permiteau aprecierea gradului de integrare.

Rezultate şi discuţii.

Din aprecierea ergonomică a condiţiilor de muncă rezultă că între cele două întreprinderi există similitudini dar şi diferenţe (grafic 1).

În ambele întreprinderi se lucrează în trei ture, poziţia permanentă de lucru este ortostatică, solicitarea atenţiei concentrate este similară. Totuşi solicitarea atenţiei concentrate este similară. Totuşi solicitarea este mai mare la unitatea A faţă de unitatea B, datorită numărului crescut de manevre şi intervenţii (defecţiuni tehnice, ruperi de fire), zgomotul mai mare (97 dB), prezenţa pulberilor vegetale de in şi cînepă, disconfortului ambiental, pericolului crescut de accidente etc. În schimb unitatea B, se lucrează la 12 războaie simultan, faţă de 2 războaie în unitatea A. Morbiditatea este mai crescută în unitatea A, faţă de unitatea B. În schimb structura morbidităţii este asemănătoare, predominînd bolile sarcinii, nevrozele, afecţiunile aparatului respirator şi accidentele.

Din determinările privind consumul energetic rezultă că munca femeilor este în ambele unităţi de intensitate redusă, numărul de kcal variind în medie între 2,61—2,63 kcal/min. Valorile consumului energetic determinat în repaus la intrarea şi la ieşirea din tură, demonstrează o cumulare semnificativă a oboselii, diferenţele dintre valorile de la intrare şi ieşire fiind mai crescute la ieşirea din tură la unitatea A şi nemodificate la unitatea B. În schimb valorile medii ale debitului respirator nu prezintă diferenţe semnificative statistic între intrare şi ieşire din tură la ambele unităţi, aşa cum rezultă din tabel.

În ce priveşte valorile frecvenţei cardiace şi ale tensiunii arteriale, acestea variază în limite fiziologice cu diferenţe mici ale valorilor medii, nesemnificative între intrare şi ieşire. Diferenţele dintre valorile frecvenţei cardiace şi ale tensiunii arteriale în poziţia clinostatică şi ortostatică sînt semnificative statistic, ceea ce atestă o bună reactivitate cardio-vasculară în majoritatea cazurilor, demonstrînd adaptarea ţesătoarelor la efortul profesional.

Valoarea medie a indicatorilor obţinuţi prin probele Teslenco şi Crampton nu prezintă variaţii semnificative între intrare şi ieşire la cele două unităţi. Totuşi considerînd numărul de muncitori care trec de la o categorie de reactivitate cardiovasculară la o categorie inferioară la terminarea programului, numărul lor este mai mare la unitatea A faţă de unitatea B. Însăşi valoarea numerică a indicatorului scade la un număr mai cresout de muncitori tot la unitatea A. În general probele cardio-vasculare arată reacţii în limite fiziologice care nu exprimă manifestări corespunzătoare solicitărilor crescute ale aparatului cardiovascular.

Măsurarea timpului de reacţie la stimuli audio-vizuali simpli şi combinaţi, a arătat o creştere a timpului de reacţie mediu la ieşire faţă de valorile înregistrate la intrare la unitatea A, în timp ce timpul de reacţie a rămas nemodificat la unitatea B (304 milisec la intrare — 337 milisec. la ieşire la unitatea A şi 372—374 milisec. la unitatea B).

De asemenea numărul muncitorilor la care timpul de reacţie a crescut este de două ori mai mare la unitatea A faţă de cel de la unitatea B.

Deşi indiactorii utilizaţi variază în general în limite fiziologice fiind expresia adaptării organismului la solicitări profesionale moderate în cadrul celor două loturi de femei tinere şi sănătoase, totuşi fenomenul de oboseală reversibilă este prezent la ambele loturi dar într-un grad mai accentuat la lotul unde factorii de solicitare sînt mai crescuţi.

Privind integrarea profiesională rezultatele sînt asemănătoare. La chestionar, s-a calculat o cotă totală la care s-au stabilit amplitudinea, coeficientul de variaţie, media ponderată, abaterea standard, eroarea medie şi eroarea medie la sută (tabel 1).

Din calculul erorii diferenţei dintre cele două medii (eD = 3,13) reiese că diferenţa dintre medii este întîmplătoare (întrucît 3 eD e mai mare decît diferenţa mediilor). Întrucît EM % nu depăşeşte valoarea 3%, putem spune că media obţinută caracterizează loturile cercetate şi deci poate fi luată în consideraţie. Coeficientul de variaţie cuprins între 10 şi 20 ne arată că omogenitatea ambelor loturi este medie, uşor mai crescută la lotul de la unitatea B, (CV = 18).

Distribuţia în jurul mediei este următoarea:

Lot „Textila“	— media ±	60,5%
	— media ±	97,6%
	— media ±	100 %
Lot „Mătase“	— media ±	65,6%
	— media ±	97,1%
	— media ±	100 %

Observăm deci că distribuţia ambelor loturi se apropie mult de curba normală ceea ce ne face să presupunem că majoritatea adică normalul se află în intervalul media ± iar ceea ce se situează sub şi peste acest interval, reprezintă cei slabi şi respectiv cei bine integraţi, astfel:

	Slab integraţi	normal	bine integraţi
Lot „Textila“	23,2%	60,5%	16,3%
Lot „Mătase“	17,2%	65,6%	17,2%

Scanned with OKEN Scanner

Calcularea lui ne-a demonstrat că nu există diferenţe semnificative statistic între cele două distribuţii. În vederea decelării factorilor care ar avea o pondere mai mare în cota totală, am calculat coeficientul de corelaţie dintre fiecare indicator şi cota totală obţinînd (vezi tabelul 2).

Se observă că există o corelaţie liniară semnificativă la Ps 0,001 dintre cota totală şi fiecare indicator, corelaţii fiind mai strînsă cu satisfacţia profeisonală, relaţiile ierarhice şi oboseala. Diferenţele dintre cele două loturi apar la intensitatea corelaţiei care este mai mare la lotul de la unitatea B la 4 din 5 indicatori, ceea ce ne-ar arăta o omogenitate mai mare a acestui lot sau tot atît de bine faptul că la Textila intervin şi alţi factori care-şi pun amprenta asupra gradului de integrare profeisonală.

Dacă luăm în ordine coeficienţii de corelaţie cu valoarea mai mare obţinem o ordine inversă la cele două loturi :

„Textila"

1. Cota totală corelată cu satisfacţia profesională
2. Cota totală corelată cu relaţii ierarhice
3. Cota totală corelată cu oboseala

„Mătase"

1. Cota totală corelată cu oboseala
2. Cota totală corelată cu relaţii ierarhice
3. Cota totală corelată cu satisfacţia profesională

Din această ordonare putem observa indicatorii de care depinde mai mult cota totală implicit gradul de integrare profesională.

Pentru o analiză mai amănunţită am calculat media ponderată, abaterea standard şi eroarea medie la punctajele fiecărui indicator (tabel 3).

Deşi fără semnificaţie statistică merită luate în atenţie o serie de diferenţe dintre cele două loturi : o superioritate a mediei la satisfacţie profesională, cadrul fizic al muncii şi oboseală la lotul de la „Mătase" şi, o superioritate a mediei la relaţiile cu colegii la lotul de la „Textila".

Date fiind condiţiile de lucru diferite la cele două loturi, presupunem că la observarea unui număr mai mare de cazuri, s-ar putea ca aceste diferenţe să se accentuieze.

Concluzionînd procentul neintegraţilor subiectivi este mai mare la lotul de la unitatea „Textila", unde condiţiile de muncă sînt cu mult deosebite faţă de unitatea de la „Mătase", în sensul că zgomotul este mai mare, concentraţia de pulberi este mai mare, războaiele sînt de tip vechi ş.a.

Two groups of women of the same age and professional stage, who work in factories with different technical and environmental conditions, were investigated.

The O_2 consumption shows a moderate workload in both factories, the average values being 2,61—2,66 kcal./min. The cardiac frequency and blood pressure ranged within physiological limits. The differences between the beginning and the end of the workday were not important but the difference between clino- and ortostatic position were significant, that means a good reactivity of the cardiovascular system and its adaptation to professional effort.

The reaction time to audiovisual stimuli was increased in the group with more soliciting factors.

At the same time in the same group the number of the less integrated subjects was higher (23,3%) than in the other group (17,2%).

These findings corresponded to the work conditions and the occupational solicitation in the two factories.

IMPLICAŢII IDEO-AFECTIVE ÎN INTEGRAREA RURALULUI ADULT ÎN MEDIUL INDUSTRIAL CITADIN

I. Alexandrescu, S. Blumenfeld

— Spitalul clinic de psihiatrie „Socola" — Iaşi

Constatări

Pe baza unor complexe examinări psihologice am ajuns la următoarele constatări :

1. La adulţii rurali, încadraţi în munci industriale citadine, cu tulburări psihice de limită — nevroze sau tulburări psihopatiforme, — în raport de personalitatea premorbidă a bonavului (egofobă sau egofilă), predomină, în cadrul preocupării neliniştite pe care o acuză, o stare specifică pe care am putea-o numi de „urît" şi simptomele cenestopate.

2. Sorgintea tulburărilor psihice se dovedeşte a fi incapacitatea subiecţilor de a se echilibra optim cu noul mediu, datorită tensiunii alarmante pe care o produce acesta prin noutatea şi profilul său, propice generării conflictelor intrasubiective, intersubiective sau sentimentului de frustraţie.

3. Tensiunea alarmantă apare în final ca un rezultat al coliziunii dintre două stereotipuri de viaţă, dintre vechiul stereotip al subiecţilor şi noul stereotip al condiţiilor de lucru şi de trăire a timpului liber.

4. Centrală stereotipiei dinamice a persoanei se confirmă a fi existenţa unui bioritm, a unui timp interior, şi alături de aceasta a unei condiţii spaţiale. Ruralii adulţi asimilează deficitar noul ritm de viaţă şi se împacă greu cu schimbarea condiţiei spaţiale.

5. În întreaga dinamică a subiecţilor predomină o motivaţie cu o încărcătură afectivă, în ultima instanţă reţinîndu-se că mal-integrarea ruralilor adulţi într-un mediu industrial citadin e o consecinţă a unor implicaţii ideo-afective. Atît biortimul lor, cît şi nevoia de un anumit tip de spaţiu, apar ca fenomene condiţionate inteleotual şi afectiv, dificil de supus unor recondiţionări.

Interpretări

Ce demonstrează constatările noastre ?

Personalitatea, aşa după cum se ştie, e un unicat. Deşi unică, însă, se formează în cadrul unui grup social şi al unei epoci istorice. Grupul intervine asupra persoanei umane din cea mai fragedă copilărie. El îi impune individului reguli de viaţă, de comportare, şi-i oferă un ritm de desfăşurare a existenţei sale. În acelaşi timp, persoana umană se dezvoltă într-un spaţiu cu o anumită formă de relief, climă, etc. În raport de grupul în mijlocul căruia trăieşte şi de spaţiu, individul suferă o întreagă condiţionare, o veritabilă modelare, ajungîndu-se, în felul acesta, ţinîndu-se seama de factorul intern, la o stereotipie dinamică, ce se exteriorizează printr-un anumit bioritm şi prin trebuinţa de un anumit tip de spaţiu.

1. *Personalitate şi bioritm.*

Una dintre proprietăţile fundamentale ale vieţii constă în repetiţia ritmică a aceloraşi succesiuni de procese. Se pare că periodicitatea este determinată de ritmul divers al rotaţiei pămîntului în jurul axei sale, care dă loc la alternanţe regulate de lumină şi obscuritate şi la fluctuaţii de temperatură, umiditate, pre-

siune barometrică, nivel de radiaţiuni cosmice. Toate fenomenele care ţin de lumea cosmică se supun unor ritmuri ineluctabile (John Cohen : Homo psychologines).

Materia vie se supune şi ea unui ritm. Ritmul reglează reactivitatea fiinţei. Există un ritm exogen, determinat de rotaţia pămîntului şi un ritm endogen determinat de procesele fiziologice ale organismului.

Omul nu scapă nici el acţiunii ritmului. Spre deosebire însă de celelalte fiinţe cărora ritmul le este engramat integral prin aparţinerea la o specie, la om bioritmul, deşi este determinat şi din aafră şi dinăuntru, devine extrem de variat, apărînd ca o componentă a personalităţii, în însăşi condiţionarea lui intrînd în acţiune numeroase elemente ideo-afective. În limitele celor două daturi (intern şi extern) el se formează din fragedă copilărie prin : educaţia sfincterelor, tradiţia principalelor mese ale zilei, organizarea muncii, sărbătorile fixate ale grupului, experienţa de viaţă a insului. La om ritmul nu mai e astfel un dat strict cosmo-biologic, ci o condiţionare socio-psihologică. Destul de flexibil în copilărie, prezintă tendinţe spre osificare cu înaintarea în vîrstă.

2. *Personalitate şi spaţiu.*

Viaţa-i proces de spaţializare. Însăşi celula organică reprezintă o formă finită de exteriorizare a spaţiului (Percek : Viaţă şi ritm).

Ritmul se manifestă în cadrul unui spaţiu şi se dezvoltă într-un spaţiu. Se trăieşte într-un spaţiu deschis sau într-un spaţiu închis ; într-unul larg sau într-unul condensat. Spaţiul în care trăieşte individul are, cum a arătat Lucian Blaga, valoarea de matrice activă. Îşi pune pecetea pe psihicul individului atît la nivel etnic, cît şi la nivel individual.

3. *Personalitate şi integrare.*

Bioritmul şi sentimentul spaţiului constituie pentru personalitate două coarde ale psihicului cu profunde rezonanţe interioare, două linii de foţă care-i dau contur şi direcţie. Acestea generează o mare parte a motivaţiei umane, o întreagă ideologie şi o profundă ataşare afectivă.

Formate printr-o condiţionare de ani de zile prezintă în acţiunea persoanei o marcată pondere ideo-afectivă, ajutînd sau frînînd procesul de integrare a persoanei într-un mediu de viaţă.

Omul caută mereu să stabilească un echilibru cu mediul.

Echilibrul nu-i înţeles ca o stare de interacţiune optimă cu mediul. Cînd tensiunea devine însă stressantă, ca o consecinţă a unei aşteptări periculoase, neplăcute, penibile, echilibrul nu mai e posibil.

Echilibrul la rîndul lui e un inel ultim al adaptării, premisa integrării. Adaptarea însă nu vine din afară, ci e produsul unor răspunderi active, o reglare compensatorie, operînd prin „recombinaţii constructive şi ajustări de răspunsuri eficace date de problemele ridicate de mediu". La nivel uman adaptarea e un proces complex care implică reacţii biologice, acte de inteligenţă, fenomene de feed-back, de runway etc., dar în cadrul tuturor acestora, fără a face abstracţie terelor, tradiţia principalelor mese ale zile, organizarea de aptitudini, o pondere deosebită o are bioritmul şi sentimentul spaţiului, ca elemente ale unei anumite stereotipii, a unei istorii a persoanei, ca organe a unei încărcături ideo-afective.

Par l'intermède de quelques investigations entreprises parmi les malades avec des troubles psychiques de limite, hôpitalisés dans l'hôpital clinique de Psychiatrie „Socola" — Iassy, se trouvant dans la situation de ruraux adultes encadrés recemment dans une entreprise industrielle citadine, on a arrivé à la conclusion que les troubles de ceux-ci ont de seriouses implications idéo-affectives. Dans le centre des implications on constate d'être le conflit entre l'ancien biorythme des sujets et le biorythme de nouvelles conditions de travail, de même qu'entre les conditions spatialles, l'entérieure à l'integration des sujets dans le milieu industriel et le posteriéure à celle-ci, en produisant une totale motivation démobilisatrice.

EVALUAREA PSIHOMETRICĂ A DINAMICII CAPACITĂŢII DE EFORT LA MUNCITORII DIN MEDIUL CU ACETONĂ

Elisabeta Chirtoc, V. Postolache, L. Safta, Marioara Bojan
— *Cluj-Napoca*

Cercetări experimentale anterioare efectuate de noi în condiţiile activităţii industriale în locuri de muncă cu expuneri la concentraţii de vapori de acetonă, sub subnarcotice de acetonă, substanţă recunoscută ca concentraţiile admise (CMA) au evidenţiat un potenţial toxico-dinamic sporit în special a dozelor mici avînd o acţiune toxică preponderentă asupra sistemului nervos central.

În asemenea condiţii s-a observat la muncitorii din mediul cu acetonă, o simptomatologie somato-psihică care poate influenţa starea de sănătate a celor expuşi şi mai ales capacitatea lor de adaptare în cursul procesului de producţie.

Pornind de la aceste observaţii am considerat necesară utilizarea unei metodologii în cadrul studiului efectuat pentru deteminarea capacităţii de efort a muncitorilor expuşi concentraţiilor de vapori de acetonă, capabilă să evidenţieze modificările subclinice greu de surprins prin simpla observaţie clinică.

Material şi metodă

Loturile examinate au fost alcătuite din 37 persoane de sex feminin care îşi desfăşoară activitatea profesională în atelierele unei unităţi de cooperaţie meşteşugărească. Procesul tehnologic constă în vopsirea manuală a unor ornamente şi obiecte de artizanat utilizînd un amestec de substanţe din grupa solvenţilor organici, avînd ca noxă principală acetona, expunerea cotidiană la concentraţii toxice sub CMA avînd durata de 8 ore, în ture diferite înainte şi după amiaza.

Ca vîrstă lotul investigat este cuprins între 20 şi 64 de ani iar vechimea în mediu cu noxe variază între 6 luni şi 22 de ani. Pregătirea şcolară a întregului grup este aproximativ echivalentă (şcoală elementară plus şcoală profesională, şcoală generală, liceu). Din totalul de 317 muncitoare, 20 lucrează în tura de dimineaţă (lotul I) şi 17 în tura de după amiază (lotul II).

S-a procedat la o testare psihometrică avînd drept obiectiv determinarea capacităţii de efort psihic, prin aplicarea unui test de barare a figurilor geometrice (Toulouse Pieron) timp de 10 minute urmărindu-se indicele de viteză şi exactitate în concentrarea atenţiei şi o probă „Tapping" (punctare cu creionul pe hîrtie albă separat cu mîna dreaptă şi cu mîna stîngă timp de 1 minut) pentru evaluarea vitezei şi gradului de precizie a impulsului motor la ambele mîini, probă capabilă să evidenţieze instalarea semnelor de oboseală şi implicit capacitatea de efort fizic şi psihic.

Ambele probe oferă totodată posibilitatea unor observaţii asupra modului de execuţie a sarcinilor la cele două teste : răbdarea în lucru, identificarea cu

sarcina, modul de abordare şi rezolvare a probelor, indici calitativi ce ne oferă indicaţii preţioase în legătură cu structura personalităţii subiecţilor.

Cele două testări au fost executate la fiecare lot din cele două ture la intrarea în serviciu şi la un interval de 4 ore de la începerea activităţii, interval acuzat de majoritatea muncitoarelor ca fiind caracteristic pentru apariţia unor tulburări subiective, descrise dealtfel şi în unele lucrări de specialitate.

Rezultate şi discuţii

Am exprimat rezultatele obţinute în valori medii ale celor două grupe de subiecţi luate separat la fiecare indice urmărit (tabel nr. 1).

Considerînd 100% cotele medii brute obţinute de fiecare lot de la prima testare, am calculat şi exprimat în procente diferenţele dintre performanţele obţinute şi cea de a doua examinare de 7,77% la indicele de viteză şi 21,51% la indicele de exactitate la proba de baraj „Toulouse Pieron", iar la „Täpping" aplicată la ambele mîini o ameliorare de 4,28% faţă de prima examinare pentru mîna dreaptă şi de 11,59% pentru mîna stîngă.

Se remarcă în schimb o scădere a vitezei de execuţie a probei de baraj la cea de a doua examinare efectuată la lotul II (în tura de după amiază) şi o minimă ameliorare a randamentului la indicele de viteză, mult sub valorile obţinute de primul lot la aceeaşi probă. Se constată de asemenea o scădere a punctajului la proba „Täpping" pentru mîna dreaptă şi o uşoară creştere pentru mîna stîngă.

Ameliorarea performanţelor la toate probele efectuate la primul lot ar putea fi interpretată ca fiind în bună parte indusă de excitabilitatea neuropsihică crescută sub efectul celor 4 ore de activitate în mediu cu acetonă, fiind cunoscut efectul uşor euforizant al acestei substanţe în doze mici.

Totodată scăderea randamentului la subiecţii din lotul care lucrează în tura de după amiază în aceleaşi încăperi în care s-au menţinut şi cumulat şi o parte din vaporii toxici rămaşi din tura anterioară, dificultăţile de concentrare a atenţiei şi instalarea fenomenelor de oboseală, s-ar putea atribui creşterii cantităţii de substanţe toxice inhalate.

Această interpretare corespunde cu caracteristicile toxico-dinamice ale acestor tipuri de solvenţi organici şi ale acetonei în special, precum şi cu rezultatele unor cercetări experimentale efectuate de un colectiv de la disciplina Farmacologie (I.M.F. Cluj) care atestă accentuarea efectului inhibitor al acetonei asupra sistemului nervos central, paralel cu creşterea dozei.

Desigur că în evaluarea performanţelor psihologice mult dimniuate a muncitoarelor din tura de după amiază, ar putea contribui şi faptul că acestea îşi încep activitatea avînd iniţial un grad mai mare de oboseală, ca urmare a solicitărilor de ordin gospodăresc din prima jumătate a zilei. De asemenea s-ar putea lua în considerare particularităţile psihice individuale determinate mai ales de tipul de sistem nervos, ce pot influenţa reactivitatea persoanei la noxele profesionale cu acţiune neurotropă, precum şi alţi factori variaţi cum sînt vechimea în activitatea din mediul toxic, condiţii socio-familiale defavorabile, etc. care pot fi invocate în explicarea diferenţelor semnificative dintre performanţele realizate de subiect la examinările psiho-metrice.

The authors show the importance and necessity of certain psychometric evaluations in order to assess the effort capacity of workers in acetone environment knowing the fact that sometimes the toxic effects manifested as discrete somato-psychical disturbances may pass unobserved when the degree of toxicity in this environment does not exceed the allowed standards. After performing a series of psychomances of the workers in the morning shift — a fact chical excitability after small doses of acetone which produce euphoria. In the workers in the afternoon shift however the productivity was diminished appromances at the workers in the morning shift — a fact that could be attributed to the increased neuropsychical excitability after small doses of acetone which produce euphoria. At the workers in the afternoon shift however the productivity was diminished approximatively 3-4 hours after beginning of work, probably under the effect of summation of the amount of toxic with the effects of fatigue coming from extraprofessional activities or from other factors. The present study pleads for the utility of interdisciplinary explorations in problems of prophylaxy, professional orientation and selection of workers who work in a toxic environment.

PARTICULARITĂŢI DE PERSONALITATE ŞI ACTIVITATE PRODUCTIVĂ

N. Cosmovici, Maria Cosmovici, M. Şelaru, V. Paraschiv

— Spitalul clinic de psihiatrie „Socola" — Iaşi

Chestionarul de personalitate Eysenck, aplicat de noi, pune în evidenţă *factorul nervozism şi tipurile sau atitudinile de introversiune.* Chestionarul are 48 de întrebări, cu o modalitate de răspuns din trei (DA, ?, NU), avînd un punctaj de 2, 1 şi 0 (pentru fiecare întrebare). Valoarea maximă a punctajului brut este de 96. Din cele 48 de întrebări, 24 aparţin nervozismului, iar 24 intro-extraversiunii.

În cadrul factorului de *nervozism* (a nu se confunda cu nevroza), din cele 24 de întrebări, noi am desprins expresia simptomatică statuară (a se vedea tabelul nr. 1), în număr de 19 simptome, care modifică starea subiectivă pe un traseu nevrotiform şi ca atare apar perturbări ale procesului de producţie.

Pentru determinarea atitudinilor de introversiune şi extraversiune, sînt analizate celelalte 24 de întrebări, dintre care 8 sînt caracteristice introversiunii şi în care notaţia NU capătă valoare pozitivă 2 (a se vedea în tabelul nr. 2). Atitudinea de introversiune se corelează cu nervozismul şi cu stările de anxietate, bineînţeles, dacă toate au valoare statuară la acelaşi subiect. În tabelele 1 şi 2 prezentăm simptomele nervozismului şi atitudinile de introversiune (17—24) şi extraversiune (1—16) pentru a facilita înţelegerea exprimării sintetice şi a evita repetările, aşa cum se desprind din interpretarea noastră la subiecţii-femei şi bărbaţi de la I. I. S. „Ţesătura" — Iaşi.

Compoziţia eşantionului, analiza situaţiei existente

Participarea subiecţilor, femei şi bărbaţi, la completarea chestionarului de personalitate Eysenck, în toată gama investigaţiei noastre psihologice, s-a realizat diferenţiind unele particularităţi caracteristice testului, atît ca modalitate de prezentare grafică, cît şi ca structură şi conţinut. Nu am luat în consideraţie decît chestionarele completate în întregime, pentru a putea face aprecierile calitative şi cantitative. Din cei 1825 subiecţi investigaţi, la chestionarul Eysenck au participat şi l-au completat în întregime numai

940 subiecţi. Dintre aceştia, 660 subiecţi sînt femei (tura A = 238; tura B = 203; tura C = 219), iar 280 sînt bărbaţi (tura A = 127; tura B = 76; tura C = 77). Vîrsta subiecţilor a fost cuprinsă între 20 şi 60 de ani, iar profesiunile cu ponderea cea mai mare au fost din filatură, ţesătorie, CTC şi întreţinere. Etaloanele şi toate prelucrările statistice se referă numai la 940 de subiecţi (660 femei şi 280 bărbaţi); 885 de subiecţi nu au putut fi apreciaţi deoarece nu au completat chestionarul (unii de loc, iar alţii numai parţial). Trebuie să facem menţiunea că chestionarul a fost aplicat numai la ieşirea din cele 3 ture (împreună cu celelalte două chestionare: anxietate şi W.M.).

Etalonul obţinut de noi, prin metoda decilo-quartilică, pe care îl prezentăm în continuare, a fost realizat, aşa cum am mai menţionat, pe 660 subiecţi-femei şi 280 subiecţi-bărbaţi de la I.I.S. „Ţesătura" Iaşi. Etalonul, aşa cum se desprinde din tabelee de etalonare, l-am diferenţiat pe sex, pe factorul nervozism, pe atitudinile intro-extraversiune. Deşi se desprind 3 trăsături de personalitate diferite (nervozism, introversiune şi extraversiune), avînd toate elementele statice necesare, am realizat un etalon comun tuturor celor 3 trăsături de personalitate, pentru a marca punctajul valoric în chestionar.

Pentru *factorul nervozism* este semnificativ quartilul IV (decilele 8, 9 şi 10), care la subiecţii-femei este cuprins între 40 şi 48, iar la subiecţii-bărbaţi, între 34 şi 48.

Pentru atitudinile introversiune şi extraversiune, interpretarea etalonabilă se face astfel: pentru *introversiune* se consideră semnificativ quartilul I (la subiecţii-femei este cuprins între 0 şi 21, iar la subiecţii-bărbaţi între 0 şi 22);

— pentru *extraversiune* se consideră semnificativ quartilul IV (la subiecţii-femei este cuprins între 30 şi 48, iar la subiecţii-bărbaţi între 32 şi 48).

Tabelul nr. 1

Etalon decilo-quartilic stabilit la chestionarul Eysenck (660 subiecţi-femei, 20—50 ani, I.I.S. „Ţesătura" Iaşi)

Nevrozism şi intro-extraversiune = Total

Nevrozism	Intro-extraversiune		Total
Decile			
1	0—15	0—16	0—43
2	16—21	17—20	44—46
3	22—25	21—22	47—50
4	26—28	23—24	51—53
5	29—32	25	54—60
6	33—35	26—27	58—60
7	36—38	28	61—63
8	39—41	29—30	64—65
9	42—45	31	66—70
10	46—48	32—48	71—96
Quartile			
I	0—23	0—21	0—49
II	24—32	22—25	50—57
III	33—39	26—29	58—64
IV	40—48	30—48	65—96

Etalon decilo-quartilic stabilit la chestionarul Eysenck (280 subiecţi-bărbaţi, 20—55 ani, I.I.S. „Ţesătura" Iaşi)

Nevrozism	Intro-extraversiune	Total
Decile		
1	0— 7	0—18	0—34
2	8—13	19—20	35—41
3	14—17	21—23	42—43
4	18—22	24—26	44—46
5	23—24	27	47—51
6	25—27	28—29	52—53
7	28—31	30—31	54—45
8	32—35	32	56—60
9	36—40	33—34	61—64
10	41—48	35—48	65—96
Quartile			
I	0—15	0—22	0—24
II	16—24	23—27	43—51
III	25—33	28—31	52—59
IV	34—48	32—48	60—96

Analiza critică a situaţiei existente: comentarea constatărilor

În ceea ce priveşte mediile aritmetice, extrase din tabelele de freevenţă pentru etalonare, repartizate pe ture, sex, nervozism, intro-extraversiune şi total, constatăm următoarele valori:

Ture	Subiecţi-femei				Subiecţi-bărbaţi			
	Nr. sub.	Nervozism	Intro-extra-vers.	Total	Nr. sub.	Nervozism	Intro-extra-vers.	Total
A	238	29,8	25	54,7	127	23,2	26,1	49,3
B	203	31,85	25,03	56,88	76	24,7	27,1	51,8
C	219	29,18	26,1	55,28	77	25	26,6	51,6
Total ture	660	30,27	25,34	55,65	280	24,3	26,6	50,9

Ceea ce remarcăm, atît pe ture, cît şi pe totalul subiecţilor, este faptul că factorul nervozism domină la femei, avînd valori medii mult mai ridicate decît atitudinea extravertită). Diferenţa de medie total este de + 4,93. În acelaşi timp, se remarcă că tura B (tură de după amiază) are o medie aritmetică mai ridicată la atitudinile intro-extraversiune (mai ales la nervozism faţă de celelalte două ture a căror medie aritmetică (de asemenea, ridicată) este aproape egalitară.

Deci putem concluziona că la subiecţii-femei *domină* factorul nervozitate (mai ales în tura de după-amiază).

La subiecţii-bărbaţi situaţia este inversă, în sensul că *domină*, atît pe ture, cît şi pe total, *atitudinea extravertită* faţă de factorul nervozism. Diferenţa de medie este de —2,3.

Raportat la ture, observăm că pentru nervozism tura de noapte are valoare mai ridicată, iar pentru extraversiune tura de după amiază.

Constatările noastre sînt valorificate şi de însăşi etaloanele realizate, dacă ţinem seama că media aritmetică „gravitează" sau poate fi „identică" cu decilul 3, precum şi de curbele de distribuţie pe care le prezentăm în anexa nr. 2 de la sfîrşitul studiului.

Dacă trebuie să precizăm remarcile noastre prin exemplificare, să luăm factorul nervozism de la subiecţii-femei. Mediile aritmetice la cele trei ture sînt:

Scanned with OKEN Scanner

29,8, 31,85 şi 29,18 iar pe totalul subiecţilor este de 30,27. În etalon constatăm că în decilul 5 pentru factorul nervozism sînt cuprinse valori între 29 şi 30; deci toate mediile aritmetice pe ture şi total subiecţi sînt cuprinse în etalonul 5. De aceea şi curba realizată prezintă anumite particularităţi de plafonare constantă ridicată, pentru factorul nervozism la subiecţii-femei.

În ceea ce priveşte distribuţia subiecţilor pe decile şi quartile semnificative, şi susceptibilitatea interpretării relaţiilor şi stărilor de risc şi eşec adaptativ-productiv, constatăm următoarele configuraţii repartiţionale (a se vedea anexa nr. 1, tabelele nr. 1 şi 2 de la sfîrşitul lucrării).

Pentru *factorul nervozism*, în quartil IV, întîlnim 149 subiecţi-femei, dintre care 56 în tura A, 45 în tura B şi 48 în tura C.

În ceea ce priveşte *atitudinea introvertită* (care s-a dovedit a fi în corelaţie structurală cu factorul nervozism), aşa cum am arătat, ea corespunde quartilului I din cadrul ambelor atitudini etalonate, intro-extraversiune. În distribuţia quartilo-decilică remarcăm că 162 subiecţi-femei prezintă caracteristicile simptomatice ale atitudinii introvertite, dintre care 57 în tura A, 48 în tura B şi 57 în tura C. Observăm un echilibru proporţional al subiecţilor-femei pe ture, mergînd chiar pînă la egalitatea subiecţilor în ceea ce priveşte tura A şi tura C. De fapt, o sensibilitate echilibrată a subiecţilor pe ture am constatat-o şi în cadrul factorului nervozism la subiecţii-femei.

Atitudinea extravertită, la subiecţii-femei, în distribuţie quartilo-decilică, ceea ce corespunde quartilului IV din etalon (şi celor 16 unităţi simptomatice aşa cum au fost prezentate în tabelul nr. 2, p. 3) cunoaşte următoarea repartiţie: sînt 195 subiecţi-femei care prezintă atitudinea de extraversiune, dintre care 58 în tura A, 64 în tura B şi 73 în tura C. Se observă o inegalitate repartiţională a subiecţilor-femei pe ture, dintre care ultima tură, tura C, tura de noapte, (22—6) are subiecţii cei mai mulţi. Dacă atitudinea de extraversiune marcantă şi accentuată ar favorita activitatea productivă eficientă în sensul îndeplinirii normelor de producţie şi chiar al depăşirii lor, prin creşterea randamentului productiv dar în acelaşi timp şi prin satisfacţii în muncă a subiecţilor, ar însemna că tura de noapte prezintă avantaje biunivoce în relaţia producţie-satisfacţie-om, mai ales în ceea ce priveşte activitatea femeii. Dar această observaţie şi constatare nu a fost încă verificată suficient.

Întrucît etalonul realizat de noi pe întregul chestionar Eysenck, raportat la 96 puncte maxim posibile nu poate să diferenţieze factorul nervozism şi atitudinile intro-extraversiune, rămîne doar o unitate de măsură apreciabilă care poate permite o verificare de ansamblu, surprinzînd în acelaşi timp şi unele particularităţi statistice. Numai în acest sens, considerăm că se pot interpreta rezultatele obţinute şi prelucrate, fără a avea pretenţia unor valori discriminative. Astfel, aşa cum se desprinde din *etalonul total*, decilo-quartilic, subiecţii-femei repartizaţi în quartilul IV sînt 148, dintre care 49 în tura A, 49 în tura B şi 50 în tura C. Deci, constatăm o repartiţie egalitară a subiecţilor-femei pe ture în cadrul etalonului total. *Dar nu trebuie să uităm că quartilul IV este semnificativ şi caarcteristic numai factorului nevrozism şi atitudinii de extraversiune, excluzîndu-se deci atitudinea de introversiune.* În aceasta constă şi valoarea scăzută discriminativă, întrucît nu se poate preciza cît aparţine factorului nervozism şi cît aparţine atitudinii extravertite. Aceasta atît în ceea ce priveşte unităţile simptomatice (vezi tabelul nr. 1 şi 2), cît şi „încărcătura" pe care o prezintă subiecţii respectivi în distribuţie.

Dacă repartiţia subiecţilor-femei, după etalonul total, în quartilul IV, a cunoscut un echilibru repartiţional egalitar, încercînd invers, adică pentru *atitudinea de introversiune*, caracteritsică quartilului I, dar de la care nu putem exclude *factorul nervozism*, constatăm următoarea situaţie repartiţională a subiecţilor-femei. În quartil I, la etalon total sînt 180 subiecţi-femei (deci mult mai mulţi decît în quartil IV), dintre care 51 în tura A, 47 în tura B şi 62 în tura C. Întîlnim aceeaşi dificultate discriminativă pentru „selecţia" atitudinii de introversiune faţă de factorul nervozism nesemnificativ (decît ca valoare moral-caracterială, în sensul insensibilităţii şi a scăderii capacităţii de răspundere personală). Analiza critică a situaţiei existente se referă numai la cei 660 subiecţi-femei care au completat în întregime chestionarul.

Referindu-ne la *subiecţii-bărbaţi* (280), în distribuţie quartilo-decilică (a se vedea anexa nr. 1, tabelul nr. 2), constatăm următoarea situaţie repartiţională.

Pentru *factorul nervozism* găsim 71 de subiecţi lăsaţi în quartil IV, dintre care în tura A 24, în tura B 24 şi 23 în tura C. Deci egalitate repartiţională a subiecţilor-bărbaţi pe ture la factorul nervozism, mai evidentă decît la subiecţii-femei. Raportat pe decile, în ierarhia saturării şi suprasaturării acestui factor, întîlnim: 15 subiecţi în decil 8, 40 subiecţi în decil 9 şi 16 subiecţi în decil 10, spre deosebire de subiecţii femei unde am întîlnit 58 subiecţi-femei în decil 8, 62 subiecţi în decil 9 şi 29 subiecţi în decil 10. Bineînţeles, trebuie să ţinem seama şi de proporţia participării subiecţilor şi a prelucrării şi analizelor post-etalonate. Pentru o mai adecvată orientare asupra factorului nervozism, numai în limitele chestionarului, noi am surprins unităţile simptomatice (19) din itemi (relatări) aşa cum reiese din tabel nr. 1, p. 2.

Atitudinea introvertită o întîlnim la 93 subiecţi bărbaţi (din quartil I), deci mai mulţi decît la factorul nervozism (cu 22 subiecţi). Dacă am amintit că există o corelaţie compatibilă între nervozism şi introversiune, aceasta nu înseamnă că se poate confunda factorul nervozism, care este o variabilă a personalităţii (ca şi anxietatea), cu tipul sau atitudinea introvertită. Variabilele sau factorii personalităţii, precum nervozismul şi anxietatea, pot fi întîlniţi, atît în atitudinea introvertită, cît şi extravertită (prin analogie şi în biotipologie) numai că proporţia unităţilor simptomatice variază, şi este mai aglomerată şi mai intensă în corelaţiile compatibile (de exemplu, între factorul nervozism şi atitudinea introvertită).

Din cei 93 subiecţi cu atitudine introvertită (care implică factorul nervozism mai accentuat), 58 sînt în tura A, 13 în tura B şi 22 în tura C. Descoperim un fenomen care dezechilibrează raportul de echilibru dintre ture, în ceea ce priveşte distribuţia subiecţilor. Astfel, *tura A, tura de dimineaţă* prezintă subiecţii cei mai aglomeraţi (58) faţă de celelalte două ture în ceea ce priveşte atitudinea introvertită. Dacă ţinem seama că majoritatea subiecţilor-bărbaţi fac parte din profesia mecano-energetică, adică întreţinere de maşini, deci implicit a întreţinerii utilajului necesarului productiv, putem considera că apare o capacitate de concentrare a atenţei mai mare corelată cu capacitatea de răspundere productivă. La aceasta am putea adăuga atît preluarea schimbului de noapte şi începutul activităţii de dimineaţă, cît şi o supraveghere a personalului tehnic superior mai minuţioasă, intercalată cu interrelaţiile productiv-umane.

Raportîndu-ne la intensitatea graduală a atitudinii introvertite, pe decile, întîlnim 61 subiecţi în decil 1, 15 subiecţi în decil 2 şi 17 subiecţi în decil 3, ceea ce înseamnă că fenomenul nu este alarmant dacă ne menţinem în limitele normalităţii cu privire numai la acest chestionar. La subiecţii-femei distribuţia decilică (162 în quartil I) are următoarea repartiţie: 61 subiecţi în decil 8, 93 subiecţi în decil 2 şi 8 subiecţi în decil 3. Deci, spre deosebire de bărbaţi unde domină decilul 8 (din punct de vedere al aglomerării subiecţilor), la femei domină decilul 9, deci *atitudinea introvertită*, din punct de vedere gradual şi in-

Scanned with OKEN Scanner

tensitate este mai evidentă şi mai pronunţată la subiecţii-femei.

Atitudinea extravertită (quartil IV etalonabil) cunoaşte următoarea distribuţie pe ture a subiecţilor-bărbaţi din 69 ; 30 în tura A, 20 în tura B şi 19 în tura C.

Deci, întîlnim raporturi egalitare între ture B şi C, spre deosebire de tura A (tura de dimineaţă), unde întîlnim mai mulţi subiecţi (diferenţă + 10), raportat la intraversiune subiecţi bărbaţi (58) aglomerarea extravertită este mai redusă (înjumătăţită), aşa cum am căutat să explicăm. Raportat la gradualitate şi intensitate, constatăm că 16 subiecţi sînt în decil 8, 21 subiecţi sînt în decil 9, iar 32 subiecţi-bărbaţi sînt în decil 10. Se observă o creştere progresivă a subiecţilor cu atitudine extravertită, atît pe decile, cît şi prin aglomerare. La subiecţii femei am întîlnit (din 195) 62 subiecţi în decil 8, 9 subiecţi în decil 9 şi 124 subiecţi în decil 10. Observăm că în *atitudinea extravertită* atît la subiecţii-bărbaţi, cît şi la subiecţii-femei domină decilul 10, redus la proporţiile participării subiecţiilor în examinare şi exprimare etalonată.

Astfel, în quartil IV, găsim 68 subiecţi-bărbaţi, dintre care 25 în tura A, 24 în tura B şi 19 în tura C. Deci o repartiţie a subiecţilor bărbaţi cu tendinţă egalitară. Raportat la ordinea graduală pe decile, constatăm 17 subiecţi în decil 8, 21 de subiecţi în decil 9 şi 30 de subiecţi în decil 10. Dacă quartilul IV din etalonul total exprimă nediscriminativ raportul dintre factorul nervozism şi atitudinea de extraversiune quartil I exprimă raportul dintre factorul nervozism nesemnificativ statistic şi atitudinea de introversiune, semnificativ, psihotipologic şi statistic. Deci, întîlnim 71 subiecţi-bărbaţi dintre care 35 în tura A, 17 în tura B şi 19 în tura C. Înseamnă că tura de dimineaţă se pretează unor analize productive mai atente. Repartiţia pe decile este : 20 subiecţi în decil 8, 40 subiecţi în decil 9 şi 11 în decil 10.

Dacă analiza valoric discriminativă, pe fondul de nervozism şi atitudinile de introversiune şi extraversiune a prezentat inegalităţi repartiţionale a subiecţilor, după etalon, datorită, considerăm noi, alegerii răspunsurilor consemnate de subiecţi în funcţie de condiţia lor subiectivă, în schimb verificarea analizei statistice, confirmă observaţiile şi constatările noastre, deoarece distribuţia strict statistică este normal-echilibrată. Astfel, pe subiecţii-bărbaţi, în quartil I, avem 71 subiecţi, în quartil II 72 de subiecţi, în quartil III 69 subiecţi şi în quartil IV 68 subiecţi (din totalul de 280 subiecţi-bărbaţi), ceea ce exprimă procentajul de 25%. Aceeaşi distribuţie cu tendinţă de echilibru statistic, la etalonul total al chestionarului am întîlnit-o şi la subiecţii-femei, cu bunele posibilităţi (quartil I şi IV) care nu au o semnificaţie statistică deosebită şi semnificativă.

Referindu-ne la raporturile distributive dintre *vîrsta şi profesiile de bază* de la I.I.S. „Ţesătura" Iaşi, atît la subiecţii-femei, cît şi la subiecţii-bărbaţi, care au factorul de nervozism şi atitudinile intro-extravertite saturate, adică — aşa cum s-a constatat în paginile anterioare — subiecţii care sînt în quartilele IV şi respectiv quartil I, constatăm următoarele repartiţii semnificative, întrucît subiectul cercetării noastre îl constituie subiecţii-femei, ca preponderenţă în activitatea de industrie textilă, vom insista mai mult asupra lor în ceea ce priveşte acest subcapitol.

Pentru factorul *nervozism*, constatăm că grupurile de vîrstă cu subiecţii-femei cei mai aglomeraţi sînt : 20—25 ani (48 subiecţi), 36—40 ani (33 subiecţi) şi 41—45 ani (26 subiecţi) din cei 149 subiecţi-femei, cîţi s-au detaşat în Q IV pentru acest factor distributiv în cadrul profesiilor de bază cunoaşte următoarea repartiţie : filatură (64 subiecţi), ţesătorie (48 subiecţi), finisaj (27 subiecţi) şi C.T.C. (12 subiecţi).

Atît pentru atitudinile intro-extraversiune, cît şi pentru totalul chestionarului P.I. constatăm că aceleaşi grupări de vîrstă şi aceeaşi ordine a profesiilor de bază domină consecvent distribuţia subiecţilor-femei, numai că numărul lor variază.

Astfel, pentru atitudinea extravertită, în gruparea de vîrstă 20—25 ani sînt 91 subiecţi : 36—40 ani sînt 22 subiecţi şi 41—45 ani sînt 28 subiecţi, iar ca ordine a categoriilor profesionale de bază am întîlnit : filatură (98 subiecţi), ţesătorie (68 subiecţi), finisaj (22 subiecţi) şi C.T.C. (7 subiecţi).

Pentru amănunte statistice distributive a se vedea anexa nr. 2, tabel nr. 1.

Ca şi în celelalte interpretări ale testelor, din investigaţii psihologice realizate *pe acelaşi eşantion reprezentativ*, a reieşit concluziv că grupurile de vîrstă cele mai sensibilizate sînt 20—25 ani, 36—40 ani şi 41—45 ani, pe care deja le-am explicat într-un fel motivaţia şi cauzele perturbatoare de activitate la unii subiecţi. De asemenea, şi ordinea categoriilor profesiilor de bază s-a menţinut aceeaşi.

Dar ceea ce este important şi prezintă o aplicabilitate practică în sensul găsirii şi luării unor măsurii de ameliorare a „condiţiei subiective" este corelaţia reală a simptomelor întîlnite la aceiaşi subiecţi. De fapt, aceasta este şi ponderea eficientă a studiului, deoarece testele ne dau informaţii preţioase dar nu pot fi luate în consideraţie fără aceste corelaţii şi fără verificarea reală a situaţiilor de risc adaptativ-productiv. Totodată, prin aceste corelaţii, între variabilele sau factorii personalităţii, pe aceeaşi subiecţi, se pot preîntîmpina şi prevedea anumite evenimente şi fenomene, atît personale cît şi la nivel de grupare restrînsă, care să evite fenomene negative dezadaptative şi situaţii conflictuale traumatizante.

În acest sens, noi am procedat la efectuarea corelaţiilor între două chestionare : de anxietate şi de nervozism, intro-extraversiune. Desigur, după cum se ştie, fiecare chestionar prezintă o anumită structură, pe elemente, factori şi atitudini în cadrul cărora se desprind anumite secţii simptomatice de durată, adică care fac parte din fondul şi structura personalităţii, şi pe care noi le-am indicat, corespunzînd fiecărui item (unităţii semantice de edosoliditate) sau mai multor itemi.

Corelaţiile obţinute de noi — la subiecţii-femei, cu saturaţie semnificativ—statistică, se prezintă astfel : între factorul nervozism şi factorul de anxietate, dintre subiecţii-femei investigaţi, 50 prezintă o simptomatologie semnificativă, în sensul că fenomenologia condiţiei subiective, în relaţiile de activitate productivă este perturbată, manifestîndu-se eterogen şi dezadaptativ. Grupările de vîrstă cele mai sensibilizate sînt : 20—25 ani (13 subiecţi şi 36—40 ani — 11 subiecţi), iar categoriile profesionale sînt : filatură 21 subiecţi şi ţesătorie 15 subiecţi. Pentru amănunte, a se vedea anexa nr. II, tabel nr. 2. Repartizarea decilică, pentru ambii factori, se prezintă astfel : 19 subiecţi-femei în decil 8, 18 în decil 9 şi 13 în decil 10.

Tot la subiecţi-femei între anxietate şi atitudinea extravetrită sînt 23 subiecţi, iar între total chestionare sînt 35 subiecţi, dintre care pentru prima corelaţia 7 sînt în decil 8, 1 în decil 9 şi 15 în decil 10, iar pentru a doua corelaţie (chestionare total), 6 în decil 8, 19 în decil 9 şi 10 în decil 10.

Pentru subiecţii-bărbaţi corelaţiile se prezintă astfel :

— între anxietate şi nervozism sînt 16 subiecţi (1 în decil 8, 9 în decil 9 şi 6 în decil 10).

— între anxietate şi extraversism sînt 4 subiecţi (1 în decil 8, 2 în decil 9 şi 1 în decil 10) ;

— între chestionare total sînt 19 subiecţi (5 în decil 8, 8 în decil 9 şi 6 în decil 10).

Factorul nervozism (ca variabilă a personalităţii şi condiţiei subiective de activitate) are o pondere însemnată în cadrul activităţii productive, mai accentuat la subiecţii-femei, punînd în dificultate îndeplinirea normelor productive şi satisfacţia condiţiei subiective.

Scanned with OKEN Scanner

Între anxietate şi nervozism, precum şi între anxietate şi atitudinea introvertită, am găsit o corelaţie semnificativă, atît statistic cît şi psihologic, ceea ce atestă o anumită psihotipologie şi care nu se poate adapta satisfăcător în orice condiţii de activitate productivă. Gruparea de vîrstă cea mai sensibilizată în adaptare este între 20—25 ani.

O atitudine extravertită ponderată şi echilibrată favorizează creşterea ritmului productiv (îndeplinirea normelor) cît şi întreţinerea unor relaţii neconflictogene şi a unui confort subiectiv satisfăcător.

Grupările de vîrstă cele mai expuse fenomenelor dezadaptative sînt: 20—25 ani; 36—40 ani şi 41—45 ani, iar profesiile de bază care implică perturbări productive sînt: filatură şi ţesătorie.

Nu s-au remarcat diferenţieri semnificative pe ture, ci dimpotrivă, de multe ori o distribuţie de echilibru a subiecţilor, deoarece factorul nervozism şi atitudinile de intro- şi extraversiune sînt variabile structurate de personalităţi.

Între nervozism şi extraversiune la subiecţii-femei corelaţia este de 0,51, iar la subiecţii-bărbaţi este nesemnificativă şi negativă — 0,02.

Între nervozism şi introversiune corelaţia este semnificativă 0,74 la subiecţii-femei şi 0,69 la subiecţii-bărbaţi.

Curbele de distribuţie (a se vedea anexa III, graficele 1—6) pe ture, factori şi atitudini atestă validarea chescionarului şi poate fi folosit în mod curent, cu etalonarea noastră, pentru a surprinde şi preîntîmpina anumite fenomene dezadaptative de producţie.

Factorul nervozism accentuat — în Q IV îl prezintă 149 subiecţi-femei (56 tura A, 45 tura B, 48 tura C), iar 71 subiecţi-bărbaţi (24 tura A, 24 tura B, 23 tura C).

Atitudinea introvertită este intensivă la 162 subiecţi-femei (quartil I, dintre care 57 în tura A, 48 în tura B şi 57 în tura C); la subiecţii-bărbaţi întîlnim 93 (58 în tura A, 13 în tura B şi 22 în tura C).

Atitudinea extravertită este caracteristică la 195 subiecţi-femei (58 în tura A, 64 în tura B şi 73 în tura C), iar la subiecţii-bărbaţi la 69 (30 în tura A, 20 în tura B şi 19 în tura C).

Corelaţii semnificative: 50 subiecţi femei prezintă simptomatologia certă de risc adaptativ productiv (nervozism şi anxietate), de asemenea, 16 subiecţi-bărbaţi prezintă acest risc adaptativ.

OSCILAŢII ALE NIVELULUI ATENŢIEI ÎN ACTIVITATEA PRODUCTIVĂ

Maria Cosmovici, N. Cosmovici, M. Şelaru, V. Paraschiv, P. Brânzei
— Iaşi

Solicitările vieţii moderne, dezvoltarea impetuoasă a ştiinţelor tehnico-industriale, diversificarea şi reorientarea profesiunilor din industrie (se cunosc în lume peste 27 000 profesiuni) au impus şi impun din ce în ce mai intens cercetări aplicative ale formării şi dezvoltării personalităţii şi ale proceselor psihice, care au pondere accentuată în anumite profesiuni. Aceasta cu atît mai mult cu cît unele profesiuni industriale necesită şi anumite însuşiri native, în afară de pregătirea instructiv-profesională. De fapt, majoritate studiilor şi cercetărilor moderne interdisciplinare, insistă asupra structurii psihogenetice a personalităţii, în dinamica educativă a dezvoltării unui potenţial maxim de adaptare şi integrare la solicitările mediului socio-profesional.

Dezvoltarea formelor moderne industriale, mecanizării, a automatizării şi electronizării, reduc eforturile fizice ale celor angajaţi direct în activitatea productivă, dar în schimb duc la creşterea solicitărilor şi suprasolicitărilor neuropsihice şi „în primul rînd, la încordarea permanentă a atenţiei, pentru detectarea semnalelor relevante şi dirijarea proceselor de producţie".

Investigaţia noastră, aşa cum reiese şi din celelalte prezentări de teste, a cuprins un număr de 1 825 subiecţi, femei şi bărbaţi, din care 1 096 subiecţi femei şi 729 bărbaţi, de la I.I.S. Ţesătura Iaşi, din toate cele trei ture. Dat fiind particularităţile fiecărui test, dar în primul rînd modalităţile de rezolvare şi de prezentare a subiecţilor, considerăm necesar să facem anumite precizări asupra situaţiei existente, adică a prezentării subiecţilor la investigaţie şi a modelului de rezolvare a testelor.

Testul Bourdon—Anfimov a fost aplicat atît la intrarea în fiecare tură, cît şi la ieşire, sub forma cunoscută de test—retest. Analiza statistică a testului s-a realizat în 14 etaloane, care au cuprins fiecare acelaşi număr de subiecţi, atît la test cît şi la retest, astfel: 744 subiecţi femei şi 329 subiecţi bărbaţi, iar mixt 1 073 subiecţi.

Repartizarea subiecţilor femei şi bărbaţi pe ture, care au constituit baza prelucrării statistice, este următoarea:

	Subiecţi-femei				Subiecţi-bărbaţi			
	Tura A	Tura B	Tura C	Total	Tura A	Tura B	Tura C	Total
Test	269	280	195	744	155	107	67	329
Retest	269	280	195	744	155	107	67	329

După stabilirea etaloanelor (a se vedea tabelele nr. 1, 2 şi 3), am inclus şi distribuţia pe decile şi quartile şi subiecţi (femei şi bărbaţi), care s-au prezentat numai la test sau numai la retest, precum şi o grupă aparte, retest fără corespondenţă. Diferenţele de subiecţi (femei şi bărbaţi) faţă de situaţia etalon prezentată şi care au fost cuprinşi în distribuţia daciloquartilică sînt:

	Subiecţi-femei				Subiecţi-bărbaţi			
	Tura A	Tura B	Tura C	Total	Tura A	Tura B	Tura C	Total
Test	146	97	49	292	41	37	15	95
Retest	12	12	0	24	0	2	0	2

Pentru a facilita integrarea distribuţiei subiecţilor femei şi bărbaţi realizate de noi, după etalonare, la eşantionul cuprins în analiza statistică şi interpretarea psihologică, prezentăm situaţia generală:

	Subiecţi-femei				Subiecţi-bărbaţi			
	Tura A	Tura B	Tura C	Total	Tura A	Tura B	Tura C	Total
Test	415	337	244	1.036	197	144	82	422
Retest	218	292	195	768	155	109	67	331
Retest fără coresp.	75	74	64	213	13	12	24	49

Scanned with OKEN Scanner

Deci, în toate turele subiecţii distribuiţi deciloquartilic sînt la test: 1 036 subiecţi-femei şi 422 subiecţi-bărbaţi, la retest: 981 subiecţi-femei şi 380 subiecţi-bărbaţi.

Diferenţa de subiecţi, pînă la 1 825, constituie o grupare aparte, care aşa cum am constatat şi la prezentarea altor teste (a se vedea „Anxietatea") şi nu au putut fi cuprinşi în interpretare, formînd o „grupă anticalcul". Aceşti subiecţi (60 femei şi 307 bărbaţi) acuzau diverse afecţiuni, dintre care cea mai frecventă a fost că „nu vedeau".

Întrucît noi considerăm că aplicarea oricărui test, mai ales în formă colectivă şi la un eşantion reprezentativ (peste 500 subiecţi) trebuie să aibă numaidecît şi instrumentul de apreciere a rezultatelor şi a clasifica subiecţii în ordinea performanţei, prezentăm etaloane realizate pe testul Bourdon—Anfimov, pentru a putea fi aplicat fără rezerve de interpretare statistică, (Tabelele nr. 1, 2 şi 3), împreună cu mediile aritmetice ale performanţelor extrase din tabelele de frecvenţă şi care gravitează şi uneori se intensifică cu decilul 5 (vezi tabelul nr. 4).

Tabelul nr. 1

Bourdon-Anfimov test şi retest: pe 744 subiecţi-femei de la I.I.S. „Ţesătura" Iaşi

Decile	Test: intrare în ture			Retest: ieşire din ture		
	10 minute	Primele 5 min.	Ultimile 5 min.	10 minute	Primele 5 min.	Ultimile 5 min.
1	0—231	0—122	0— 99	0—243	0—130	0—109
2	232—302	123—157	100—134	244—318	131—168	110—145
3	303—342	158—180	135—159	319—368	169—195	146—170
4	343—362	181—201	160—177	369—403	196—213	171—190
5	363—409	202—218	178—197	404—446	214—231	191—212
6	410—450	219—237	198—217	447—489	232—252	213—236
7	451—494	238—256	218—243	490—535	253—276	237—261
8	495—544	257—288	244—274	536—595	277—296	262—291
9	545—609	289—329	275—316	596—671	297—350	292—325
10	610—752	330—443	317—443	672—752	351—443	326—443
Quartile						
I	0—323	0—168	0—147	0—345	0—182	0—159
II	324—409	169—218	148—197	346—446	183—231	160—212
III	410—518	219—269	198—258	447—560	232—290	213—265
IV	519—752	270—443	259—443	561—752	291—443	267—443

Tabelul nr. 2

Bourdon-Anfimov — test şi retest: pe 329 subiecţi-bărbaţi de la I.I.S. „Ţesătura" Iaşi

Decile	Test: intrare în ture			Retest: ieşire din ture		
	10 minute	Primele 5 min.	Ultimile 5 min.	10 minute	Primele 5 min.	Ultimile 5 min.
1	0—231	0—127	0— 90	0—250	0—139	0—109
2	232—279	128—150	91—115	251—321	140—169	110—136
3	280—308	151—167	116—136	322—354	170—191	137—158
4	309—342	168—183	137—155	355—382	192—206	159—175
5	343—370	184—198	146—174	383—411	207—220	176—192
6	371—396	199—212	175—194	412—447	221—236	193—213
7	397—429	213—227	195—214	448—490	237—253	214—235
8	420—466	228—249	215—243	491—532	254—275	236—259
9	467—550	250—282	244—288	533—578	276—311	260—297
10	551—752	283—408	289—408	588—752	312—418	298—443
Quartile						
I	0—290	0—159	0—126	0—340	0—180	0—148
II	291—370	160—198	127—174	341—411	181—220	149—192
III	371—450	199—238	175—225	412—512	221—261	193—247
IV	451—752	239—408	226—408	513—752	262—408	248—443

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul nr. 3

Bourdon-Anfimov: test şi retest, pe 1.073 subiecţi (femei şi bărbaţi) de la I.I.S. „Ţesătura" Iaşi

Decile	Test 10 minute	Retest 10 minute
1	0—231	0—246
2	232—290	247—319
3	291—332	320—362
4	333—362	363—396
5	363—394	397—433
6	395—431	434—476
7	432—474	477—520
8	474—520	521—571
9	526—596	572—554
10	597—752	655—752
Quartile		
I	0—312	0—343
II	313—394	344—433
III	395—498	434—544
IV	499—752	545—752

Tabelul nr. 4

Test şi retest Bourdon-Anfimov
Mediile aritmetice (obţinute din tabelele de frecvenţă) ale performanţelor

Nr. sub.	Forma	Timp	Test	Retest	Diferenţă
1073	mixt	10 min.	405,86	442,32	37,46
744	femei	10 min.	417,65	451,00	33,45
329	bărbaţi	10 min.	379,37	422,68	43,31
744	femei	1—5 min.	201,70	235,65	33,95
329	bărbaţi	1—5 min.	202,36	222,98	20,62
744	femei	2—5 min.	203,59	215,53	11,94
329	bărbaţi	2—5 min.	181,02	199,98	18,96

Ceea ce se constată şi ni se pare surprinzător la prima vedere, aşa cum reiese şi din tabelele precedente, este faptul că media aritmetică a performanţelor, obţinute atît de subiecţii-femei cît şi de subiecţii-bărbaţi este mult îmbunătăţită la retest (ieşirea din tură). Considerăm că mediile aritmetice au fost extrase din tabelele de frecvenţă (ajutătoare pentru etalonare) şi că ele se referă numai la subiecţii (femei şi bărbaţi) pe care i-am luat în consideraţie la etalonare.

Diferenţiind pe sex mediile aritmetice de performanţă (corectitudine), remarcăm că atît la test, cît şi la retest, subiecţii-femei obţin valori mai mari (mai ridicate) decît subiecţii-bărbaţi. Această constatare confirmă ipoteza că în diferenţierea pe sex în cadrul procesului de atenţie pe anumite calităţi şi însuşiri favorabile (viteză, perseverenţă, exactitate, constanţă, mobilitate, concentrare), subiecţii femei sînt favorizaţi şi de anumite condiţionări psihogenetice, în activităţile ce necesită minuţiozitate şi scrupulozitate. Dacă această constatare generală este valabilă nu numai pentru studiul nostru, prin însăşi desfăşurarea interpretării noastre, desprindem cîteva particularităţi. Dacă constatarea diferenţiată pe sex este confirmată în activitatea la 10 minute, atît la test cît şi la retest, prin înjumătăţirea testului, luînd două criterii de apreciere: viteza (5 + 5 minute) şi performanţa, constatăm cîteva particularităţi:

Astfel, remarcăm că în primele 5 minute de activitate, atît subiecţii femei cît şi subiecţii bărbaţi obţin o medie de performanţă foarte apropiată, aproape egală (201 şi 202); la retest, tot în primele 5 minute de activitate, apar diferenţieri de realizare care avantajează pe subiecţii femei, în sensul că obţin valori performative superioare (raport de diferenţiere îmbunătăţit: 33,95 pentru subiecţii femei şi 20,62 pentru subiecţii bărbaţi).

A doua particularitate pe care o semnalăm constă în activitatea la ultimele 5 minute, atît la test, cît şi la retest. Şi de această dată subiecţii femei obţin note medii de superioritate. Astfel, diferenţa de performanţă a subiecţilor femei faţă de subiecţii bărbaţi este de 22,57 puncte la test, iar la retest de 15,55 puncte. Aceste particularităţi confirmă ipoteza că subiecţii femei în activitatea de concentrare funcţională a atenţiei şi de durată obţin valori mai ridicate, ceea ce pledează şi pentru activitatea desfăşurată în producţie. Dacă apar perturbări funcţionale ale atenţiei, considerăm că ele provin atît din amenajarea locului de muncă (cu toate implicaţiile poziţionle), cît şi din situaţiile relaţionale de tipul stress-anxietate sau frustrare, legate de procesul de producţie.

Dacă în ceea ce priveşte *performanţa* am constatat că subiecţi-femei prezintă note de superioritate faţă de subiecţii bărbaţi, să vedem şi celălalt aspect şi anume *greşelile* sau *omisiunile* realizate în activitatea la test.

În tabelul următor prezentăm media aritmetică a omisiunilor (a semnelor nebifate) comparativ, subiecţi femei şi subiecţi bărbaţi, pe test, retest şi retest fără corespondenţă, ţinînd seama de ture, precum şi de activitatea la test: 10 minute, primele 5 minute şi ultimile 5 minute:

Tabelul nr. 5

Test Bourdon-Anfimov: omisiuni femei

Turele	Test media aritm. 10'	Test media aritm. 10'	Retest media aritm. 10'	Retest media aritm. 10'	R.f.c. media aritm. 10'	R.f.c. media aritm. 10'
A	32,7	30,2	27,3	23	18,5	26,2
B	32,5	27,9	26,2	15,3	18,2	18,3
C	30,1	30,8	31,5	57,3	15,1	15,7
Total	31,7	29,6	28,3	18,5	17,2	19,7
	Primele 5 minute			Primele 5 minute		
A	18	15,9	13,9	12,6	7,9	14,4
B	16,1	13,6	15,9	7,5	8,1	7
C	15,5	13,9	13	7,7	6,5	8,2
Total	16,5	14,4	14,2	9,2	7,5	9,8
	Ultimele 5 minute			Ultimele 5 minute		
A	14,5	14,3	15,2	10,9	9,8	10,5
B	15,3	14,5	14,3	10,0	10,3	11,3
C	15,9	16,6	14,8	8,6	8,6	6,6
Total	15,1	15,2	14,7	9,8	9,6	9,4

Dacă *performanţa* ne-a indicat o notă de superioritate a subiecţilor femei, *omisiunile* sau randamentul productiv personal raportat la performanţă ne pune în evidenţă alte particularităţi:

Prima constatare generală ne arată că există o uşoară ameliorare a omisiunilor la retest, faţă de test; în genere, există o tendinţă egalizatoare, dar diferenţele apar pe ture. În ce priveşte media aritmetică a omisiunilor, atît pe ture, cît şi total (dife-

Scanned with OKEN Scanner

renţiat pe timp) se constată că subiecţii femei fac mai multe omisiuni (greşeli) decît subiecţii bărbaţi. Aceasta denotă sub aspect calitativ că subiecţii femei obţin rezultate mai puţin favorabile decît subiecţii bărbaţi. Astfel, la 10 minute test subiecţii bărbaţi obţin valori scăzute la omisiuni, raport diferenţiat 13,2 faţă de subiecţii femei, iar la retest cu 12,4. La fel, întîlnim aceleaşi particularităţi şi la diferenţierea pe timp : 5 minute test : 5,3, iar retest 5,6. Valorile diferenţiate de scădere a omisiunilor, a subiecţilor bărbaţi faţă de subiecţii femei. Deci, cu cît performanţa creşte, creşte şi numărul greşelilor cum este în cazul subiecţilor femei, în care se remarcă că numărul omisiunilor este aproape dublu decît cel al subiecţilor bărbaţi, atît la test cît şi la retest.

Analiza critică a situaţiei existente.

Luînd în consideraţie numărul mare de subiecţi (1 036 la test şi 981 la retext pentru subiecţii-femei, iar pentru subiecţii-bărbaţi 422 la test şi 380 la retest), în cele trei determinări de timp), care au fost constituiţi pe ture, decile şi quartile, vom renunţa la prezentarea detaliată, dar care este ilustrată în anexa nr. II, în 12 tabele (la sfîrşitul lucrării), oprindu-ne numai asupra quartilului I. Am convenit asupra acestei comentări critice a situaţiei existente, din quartil I, deoarece în acest quartil pe cele trei determinări decilice se găsesc subiecţii care prezintă dificultăţi şi perturbări marcate, temporare şi de durată, ale procesului de atenţie.

În ceea ce priveşte *subiecţii-femei în activitatea la test*, la 10 minute, constatăm că sînt 283 în quartil I, din care 124 în decil I, 106 în decil II şi 53 în jumătatea decilului III (aceasta din numărul de 1 036 subiecţi-femei). Dacă considerăm diferenţierile decilice drept grade de intensitate a perturbărilor funcţionale ale atenţiei, reiese că 124 subiecţi-femei prezintă asemenea modificări care influenţează defavorabil procesul de producţie.

Referindu-ne la ture, în cadrul quartilului I, constatăm că 134 sînt în tura de dimineaţă, 96 în tura de după-amiază, iar 53 din subiecţii femei în tura de noapte. Din cadrul decilului I (124) sînt în tura A, 62 subiecţi-femei, în tura B 43, iar în tura C numai 19. Aceste delimitări sînt în funcţie de numărul subiecţilor participanţi la investigaţie (a se vedea anexa II — tabelul nr. 1) şi nu ne putem permite a conclude ferm că tura de dimineaţă prezintă posibilitatea unor influenţe defavorabile care modifică capacitatea perceptivă şi de structurare operativă în dinamica calităţilor şi însuşirilor atenţiei. Dar rămîne ca o ipoteză această observaţie, care trebuie luată în consideraţie cu atît mai mult cu cît în quartil IV (performanţe) se observă scăderea numărului de subiecţi faţă de tura B, egalizînd tura C.

La retest, tot la 10 minute activitate, constatăm o scădere a numărului de subiecţi din quartil I, luînd ca referinţă întregul eşantion distribuit (981 subiecţi femei). Constatăm că sînt 250 subiecţi în quartil I, dintre care 100 în tura A, 106 în tura B şi 44 în tura C. Faţă de test se constată o scădere a numărului de subiecţi în tura de dimineaţă (cu 34), o uşoară creştere în tura de după-amiază (cu 10) şi o scădere în tura de noapte (cu 9). După gradul de perturbare marcată a atenţiei găsim 93 subiecţi femei în decil I, 97 în decil II şi 60 în jumătatea decilului III. Deci, dacă decilul I prezintă riscul cel mai mare al modificărilor atenţiei, în sens defavorabil, remarcăm că la retest un număr de 31 subiecţi femei îşi ameliorează activitatea (a se vedea tabelul nr. 2) — anexa II. Aceleaşi observaţii şi particularităţi le sesizăm şi la diferenţierea pe timp (test şi retest, primele şi ultimile 5 minute). Numai că variază nesemnificativ numărul de subiecţi în quartil I (a se vedea anexa II, tabelele nr. 3, 4, 5 şi 6), în cadrul decilelor.

La *subiecţii-bărbaţi*, la test, în 10 minute activitate, am distribuit un eşantion de 422. În quartilul I am găsit 105 subiecţi, dintre care 46 în decil I, 41 în decil II, şi 18 la jumătatea decilului III. Raportat la ture, 65 sînt în tura de dimineaţă, 23 în tura de după-amiază şi 17 în tura de noapte. În decilul I (46 subiecţi) 28 sînt în tura A, 11 în tura B şi 7 în tura C. Aceeaşi observaţie (ca şi la subiecţii-femei) se impune şi la subiecţii-bărbaţi, şi anume că tura de dimineaţă prezintă inflexiunile şi perturbările atenţiei.

La retest, tot la 10 minute activitate, remarcăm că sînt 98 subiecţi în quartil I, dintre care 38 în decil I, 41 în decil II şi 19 în jumătatea decilului 3. Referindu-ne la ture, găsim 49 în tura A, 29 în tura B şi 20 în tura C. Numai la decil I găsim 20 subiecţi în tura A, 10 în tura B şi 8 în tura C. Există un coeficient ameliorativ de activitate la retest la subiecţii bărbaţi. Celelalte distribuţii (vezi anexa 2), tabele 9, 10, 11 şi 12) la subiecţii bărbaţi au aceeaşi configuraţie a quartilului I, de la 10 minute activitate test şi retest, numai că în cadrul decilelor şi turelor, aşa cum am remarcat şi la subiecţii femei variază nesemnificativ numărul de subiecţi.

Ceea ce trebuie să subliniem din această analiză critică a situaţiei existente este faptul că etaloanele stabilite de noi, deşi nu sînt aceleaşi în determinările temporare, (10,5 şi 5 minute la test şi retest) valorile brute obţinute de subiecţi femei şi bărbaţi, se încadrează în aceleaşi decile şi quartile ; în cazul nostru în quartil I, quartil care determinat pe decile şi ture prezintă zona de risc adaptativ ale particularităţilor psiho-genetice perceptive şi ale atenţiei în procesul de activitate productivă.

Raportul dintre vîrstă şi structurile perceptive ale atenţiei

Dacă în prezentarea distribuţiei eşantionului pe decile şi quartile am folosit şi subiecţii necuprinşi în etaloane (tip retest fără corespondenţă), în ceea ce priveşte comentariile care urmează, am renunţat la includerea lor în prelucrările retestabile, deoarece nu aveau corespondentul de test.

Determinările raportului dintre vîrste, ture, decile, din cadrul quartilului I şi atenţie (în sensul testului utilizat de noi) pun în evidenţă anumite particularităţi comune, atît la test, cît şi la retest, valabile pentru subiecţii femei şi bărbaţi.

Pentru subiecţii femei, la test, în cadrul quartilului I, constatăm trei grupări de vîrstă, care prezintă aglomerare de subiecţi (aceste grupări de vîrstă le întîlnim atît la subiecţii femei, cît şi la subiecţii bărbaţi, la test şi retest). Vîrstele care se delimitează prin aglomerarea de subiecţi sînt următoarele :

	Femei		Bărbaţi	
36—40 ani	69	55	29	25
41—45 ani	77	51	26	20
46—50 ani	48	31	15	12

Eşantionul subiecţilor femei la test se raportează la 280, iar la retest la 183 ; la subiecţii-bărbaţi eşantionul se raportează la test la 108, iar la retest la 86. Gruparea de vîrstă care prezintă risc adaptativ în ceea ce priveşte structurile perceptiv-operative ale atenţiei, în sensul calităţilor şi însuşirilor defavorabile este cuprinsă între *36—40 ani*, atît la test, cît şi la retest (timp de activitate 10 minute, dar şi înjumătăţit).

Remarcăm la retest, pe aceste grupări de vîrstă, că activitatea este ameliorată dar la un număr nesemnificativ de subiecţi.

Dacă raportăm grupările de vîrstă la ture, în cadrul quartilului I, în formaţia aglomerării subiecţilor, constatăm următorul dispozitiv statistic, dar productiv riscant :

Scanned with OKEN Scanner

FEMEI :

Grupa de vîrstă	Test			Retest		
	Tura A	Tura B	Tura C	Tura A	Tura B	Tura C
36—40 ani	33	20	16	27	17	11
41—46 ani	48	19	10	26	16	9
46—50 ani	19	21	8	9	16	6
Total subiecţi	80	60	34	62	49	26

BĂRBAŢI :

Grupa de vîrstă	Test			Retest		
	Tura A	Tura B	Tura C	Tura A	Tura B	Tura C
36—40 ani	18	6	5	10	10	5
41—45 ani	11	7	4	12	3	5
46—50 ani	12	1	2	9	1	2
Total subiecţi	45	14	11	31	14	12

Aceeaşi ipoteză pe care am semnalat-o sub forma observaţiei de constatare, se confirmă şi în raportarea celor trei grupări de vîrstă la ture. Astfel, se remarcă concludent că *tura de dimineaţă*, atît la test, cît şi la retest, la subiecţii-femei şi bărbaţi, prezintă subiecţii cei mai aglomeraţi în cadrul quartilului I. Aceasta înseamnă că sînt favorizaţi anumiţi factori, în tura de dimineaţă, care permit fluctuaţii ale atenţiei, iar în cazul nostru, în gruparea de vîrstă 36—40 ani. Particularităţile acestei grupări de vîrstă, mai ales la femei, atrag după sine şi anumite condiţionări psiho-somatice, dar ponderea cea mai mare trebuie căutată în însăşi structura operaţională a procesului de producţie şi a vieţii de familie, ţinînd seama şi de specificul sexului (a se urmări anexa III, tabelele nr. 1, 2, 3 şi 4).

Dacă raportăm toate grupările de vîrstă (de la 20—60 ani) pe ture şi decile în cadrul quartilului I, constatăm (aşa cum reiese din anexa III, tabelele 1—4) că decilul I are aglomeraţia cea mai mare de subiecţi. Această constatare se dovedeşte a fi reală şi în cadrul decilelor pe toate turee. Astfel, în decil I, la test sînt 120 subiecţi-femei, în decil 2 — 116, iar în jumătatea decilului 3 — 34 de subiecţi femei. La retest, în decilul I sînt 74 subiecţi-femei, în decilul II sînt 70, iar în jumătatea decilului 3 sînt 39 subiecţi-femei.

Decalajul dintre decile, din quartilul I se constată şi la subiecţii bărbaţi în proporţii numerice diferite, dar care atestă că decilul I este cel mai aglomerat. Această remarcă este evidentă şi la cele 3 grupări de vîrstă caracteristice zonei de risc perceptivo-atenţional, dacă le delimităm pe decile.

Raportul dintre profesiile de bază şi fluctuaţiile atenţiei

Urmărind un alt aspect important al investigaţiei noastre, adoptat la organigrama întreprinderii şi anume raportul dintre profesiile de bază şi fluctuaţiile atenţiei pe ture şi decile, din cadrul quartilului I, am ajuns la următoarea configuraţie statistică (a se urmări anexa III, tabelele 4 şi 5).

La subiecţii-femei, atît la test, cît şi la retest, profesiile de bază care aglomerează subiecţii cu risc adaptativo-productiv sînt : filatură (120 la test şi 75 la retest).

— ţesătorie (114 la test şi 70 la retest) ;

— iar la subiecţii-bărbaţi profesiile sînt diferenţiate astfel :

— întreţinere (67 la test şi 54 la retest) ;

— ţesătorie (25 la test şi 17 la retest).

Aceste constatări, în ceea ce priveşte raportul dintre profesiile de bază şi atenţie, le-am remarcat şi la anxietatea în industria uşoară.

În ceea ce priveşte turele, se constată încă o dată sub această formă de comentariu, că *tura de dimineaţă* prezintă subiecţii cei mai aglomeraţi şi că este tura care posedă o interferenţă de factori perturbatori ai atenţiei. Dar raportat la decile, observăm o aglomeraţie uşor diferenţiată şi mai ridicată (favorabilă) în decilul 2.

Comentarea curbelor de distribuţie a subiecţilor în procesul etalonării

Reprezentînd grafic distribuţia subiecţilor pe intervalele de clasă (stabilite pentru cele 14 etaloane) constatăm tendinţa curbelor de a se apropia de normal, însă cu unele particularităţi (a se vedea cele 14 grafice la anexa 1, grafice).

La *subiecţii-femei*, la 10 minute activitate, la *test* (la *intrarea în ture)* curba lui Gauss este apropiată de normal, avînd uşoare inflexiuni convexe pe versantul stîng şi o uşoară asimetrie de stînga, spre deosebire de curba retestului (la ieşirea din ture), care are amplitudinea maximă puţin deplasată spre dreapta şi inflexiuni mai accentuate pe versantul drept, chiar în dreptul valorilor maxime cunoscînd o creştere bruscă a frecvenţei (a se vedea grafic nr. 1 şi 2). Particularităţile sesizate la retest pot fi cauzate de anumiţi factori, cum sînt : diferenţa de vîrstă, de pregătire şcolară, de structură psiho-genetică şi stare de sănătate, de exersare mnezică şi psihomotorie, care facilitează învăţarea instrucţiunilor şi rapiditatea mişcărilor.

Curbele din graficele nr. 3 şi 4 reprezintă activitatea în primele 5 minute pentru test şi retest, a distribuţiei subiecţilor-femei. Remarcăm că ele sînt foarte apropiate de normal, media aritmetică coincizînd cu modulul, ceea ce denotă că *testul „ţine"*, în distribuţia normală a subiecţilor.

În graficele nr. 5 şi 6 sînt reprezentate pe curbe, distribuţia subiecţilor-femei, la test şi retest, în ultimele 5 minute de activitate. Aici remarcăm că distribuţia subiecţilor-femei, pe curbe, are o uşoară şi discretă asimetrie spre stînga, ceva mai pronunţată la retest, ceea ce denotă că subiecţii-femei, au lucrat mai bine.

La *subiecţii-bărbaţi*, în 10 minute activitate, la test (intrarea în ture), curba obţinută cunoaşte o cădere bruscă pe versantul drept, o scădere a frecvenţei valorilor mari în comparaţie cu frecvenţa pe valori mici. La retest (ieşirea din ture) curba are o asimetrie de stînga şi inflexiuni ceva mai pronunţate care, considerăm, că sînt cauzate, aşa cum am mai arătat (la subiecţii-femei), deosebirilor de pregătire şcolară şi diferenţelor de vîrstă.

La primele 5 minute de activitate se constată o asimetrie de dreapta, deci o frecvenţă mai mare a valorilor mici la test, pe cînd la retest, curba este foarte apropiată de normal.

Comparativ cu subiecţii-bărbaţi, subiecţii-femei se integrează mai uşor în activitatea la test, şi deci, la începutul oricărei activităţi ceea ce presupune o dexteritate cunoscută sau necunoscută.

La ultimele 5 minute de activitate, atît la test, cît şi la retest (vezi graficele 11 şi 12), curbele prezintă o uşoară asimetrie de stînga, asemănător curbelor obţinute la subiecţii-femei în ultimile 5 minute de activitate, dar cu tendinţa evidentă de apropiere de normal.

Pentru ambele sexe (a se urmări graficele nr. 13 şi 14) curba la test este apropiată de normal, cu inflexiuni mult atenuate, pe cînd la retest, versantul drept prezintă o frecvenţă mult mai mare, cu o creştere bruscă la valorile maxime obţinute la test, fapt care se datoreşte ameliorării condiţiilor subiectiv-

Scanned with OKEN Scanner

obiective şi de terminare a programului de activitate, avînd importanţă şi indicele de eliberare a unei tensionări coercitive.

Coeficienţii. Coeficienţii de fidelitate

În ceea ce priveşte corelaţia testului cu sine însuşi am făcut corelaţia test-retest, precum şi înjumătăţirea testului (luînd drept criteriu parametrul timp), adică primele 5 minute de activitate şi ultimile 5 minute de activitate, cu rezultatele obţinute) pentru a afla coeficientul de fidelitate. Acest mod de corelaţie este una din cerinţele fundamentale pentru a ne putea da seama de măsura în care trebuie să avem încredere în test.

În investigaţia noastră, coeficienţii de fidelitate, prin organizarea interpretării testului Bourdon-Anfimov, după metoda produselor, se prezintă în felul următor :

La subiecţii-femei :

Test şi retest la 10 minute activitate = 0,70
Test = primele 5 minute cu ultimele 5' = 0,88
Retest : primele 5 minute cu ultimele 5' = 0,89

La subiecţii-bărbaţi :

Test şi retest, la 10 minute activitate = 0,71
Test = primele 5 minute cu ultimele 5' = 0,79
Retest = primele 5 minute cu ultimele 5' = 0,83

Se constată că, în prezentarea care poate fi urmărită cu uşurinţă, corelaţiile exprimate în coeficienţii de fidelitate a testului au o valoare înalt semnificativă. În ceea ce priveşte diferenţierea pe sex, remarcăm aproape o identitate a coeficientului de fidelitate (0,70 şi 0,71) la subiecţii-femei şi la subiecţii-bărbaţi, la test şi retest, în 10 minute de activitate.

Urmărind valoarea coeficientului de fidelitate prin test şi retest înjumătăţit, sesizăm discrete diferenţieri de sex, exprimate prin faptul că atît la test, cît şi la retest înjumătăţit subiecţii-femei au valori mai ridicate.

Un aspect destul de important pe care îl sesizăm şi care ne confirmă constatările noastre anterioare, deja menţionate, este faptul că la retest, atît subiecţii-femei (0,89), cît şi la subiecţii-bărbaţi (0,83) coeficienţii de fidelitate au valori mai ridicate faţă de test. Această înseamnă că la ieşirile din ture (retest) subiecţi, în activitatea de lucru, îşi îmbunătăţesc ritmul, viteza şi performanţa. Dar această constatare nu o putem generaliza. Ea se referă numai la încrederea acordată testului. Deosebirile de ritm, viteză şi performanţă, atît la test, cît şi la retest, pot fi puse în evidenţă prin distribuţia etalonabilă, *în cazul nostru în quartilul I,* cu diferenţierea pe decile, în funcţie de numărul de omisiuni şi organizarea lor (spontane, libere şi grupate), la subiecţii-femei şi bărbaţi la care ne-am referit.

Atenţia poate fi considerată ca unul din factorii de bază ai personalităţii, prezentă permanent în activitatea omului şi implicată în orice proces psihic. Ea se manifestă în funcţie de structura şi tipul de sistem nervos, precum şi în funcţie de interesele, motivaţiile şi aptitudinile din cadrul formării şi dezvoltării personalităţii. O ierarhizare a felurilor atenţiei în : involuntară, voluntară şi post voluntară se poate realiza în ontogeneza psihică, ajungîndu-se la formele superioare ale efortului voluntar.

Investigînd aplicativ structurile perceptiv-operatorii ale atenţiei, pentru a stabili calităţile şi însuşirile favorabile dar mai ales defavorabile, care prezintă risc adaptativo-productiv, prin testul Bourdon-Anfimov, după etalonare, am făcut corelaţiile prin metoda produselor. Corelaţiile, prin calcularea coeficienţilor de fidelitate (test-retest şi prin înjumătăţire) sînt înalt semnificative (între 0,70 şi 0,89), ceea ce denotă că testul utilizat poate fi aplicat ca un instrument ştiinţific. Aceasta cu atît mai mult cu cît curbele de distribuţie (vezi anexa 1) se apropie de normal cu anumite particularităţi.

În activitatea la test, prin timp diferenţiat, şi pe ture se constată o performanţă mai bună a subiecţilor-femei faţă de subiecţii-bărbaţi ; în acelaşi timp, performanţa obţinută aduce după sine şi creşterea numărului de omisiuni (greşeli), care este aproape dublu decît la subiecţii-bărbaţi. Deci depăşirea anumitor constante de ritm perceptiv personal, în activitatea de producţie, implică şi sporirea numărului de greşeli, cu efect de tipul „rebutului" şi creşterea coeficientului de oboseală psiho-fiziologică.

Din microanaliza critică a situaţiei existente, referitor numai la quartilul I, care prezintă zona de risc adaptativ, am remarcat că *tura de dimineaţă* creează „condiţii" perturbatoare calităţilor atenţiei, care se datoresc atît structurii psiho-genetice a subiecţilor respectivi (136), cît şi condiţiilor locului de muncă. Această concluzie *prezumativă* este valabilă atît pentru subiecţii-femei, cît şi pentru subiecţii-bărbaţi şi este confirmată prin raportarea la profesii, vîrstă şi ture.

În cadrul quartilului I, la retest *se remarcă o uşoară ameliorare a activităţii subiecţilor,* dar la un număr redus (31 subiecţi-femei şi 7 subiecţi-bărbaţi), care variază în funcţie de timp şi ture.

Cu toată varietatea etaloanelor (pe timp, test şi retest) constatăm aproximativ acelaşi număr de subiecţi care se încadrează în quartilul I, adică în quartilul de risc adaptativ (la subiecţii-femei, la test 280, iar la retest 250 : la subiecţii-bărbaţi, la test 105, iar la retest 98).

Un alt aspect concluziv constă în raportul dintre vîrstă (8 grupări de vîrstă între 20 şi 60 de ani, grupate din 5 în 5 ani) şi subiecţii distribuiţi în quartilul I şi decil I. La test (10') subiecţi-femei se remarcă, în quartil I şi decil I, 3 grupe de vîrstă cu subiecţii cei mai mulţi : 36—40 ani = 61 ; 41—45 ani = 77 ; 46—50 ani = 48 subiecţi ; iar în decil 1, pe cele 3 ture, 28 în tura A, 39 întura B şi 33 în tura C. La retest (10 minute), tot la subiecţii-femei, se diferenţiază aceleaşi grupări de vîrstă în quartil I şi decil 1, dar cu un număr mai redus de subiecţi (55, 51 şi 31 subiecţi-femei).

La test, subiecţi-bărbaţi, remarcăm aceeaşi periodizare de vîrstă (36—40 ani = 29 subiecţi ; 41—45 ani = 26 ; 46—50 ani = 15), în care sînt distribuiţi subiecţii cei mai mulţi din quartil I (108 subiecţi-bărbaţi). De asemenea, la retest întîlnim aceeaşi constatare.

Aceasta înseamnă că perioada de vîrstă care prezintă dificultăţi în adaptarea productivă, atît la femei cît şi la bărbaţi, este cuprinsă între 36—50 ani. Cauzele sînt multiple, dar cele care domină sînt de natură afecţiunilor psiho-somatice, în interrelaţii de suprasolicitări productive.

Un ultim aspect concluziv pe care l-am surprins se referă la raportul dintre nereuşita suficientă la test (adică cei din quartil I, deci 1) şi profesiuunile de bază. Credeam că este semnificativă această constatare , deoarece implică direct relaţia om-maşină-loc de muncă. În mod special domină relaţiile de producţie în funcţie de condiţiile amenajării locului de muncă.

La test — subiecţii-femei, din quartil I şi decil 1, am obţinut următoarea distribuţie : 114 şi 51 pentru profesia de ţesătoare. A doua profesie din filatura cardată, are 99 subiecţi-femei, iar a treia din finisaj are 32. La retest se menţin aceleaşi profesii (70, 68 şi 28 subiecţi-femei).

La test — subiecţii-bărbaţi care au fost distribuiţi în quartil I sînt de la *întreţinere* (67) şi filatură cardată (16). La retest, aceleaşi profesii se relevă.

Aceasta denotă că în profesiile de bază productive (ţesătorie, filatură cardată, finisaj şi întreţinere) în cadrul organigramei întreprinderii „Ţesătura" Iaşi trebuie intervenit atît sub raportul adaptării subiecţilor la condiţiile de muncă cît şi invers. Dar aceasta implică o reexaminare „atentă" individualizată a subiecţilor-femei şi bărbaţi, care obţin valori scăzute la mai multe teste prin identificarea cauzelor reale şi acute.

Scanned with OKEN Scanner

DENIVELĂRI ALE ECHILIBRULUI EMOŢIONAL ÎN ACTIVITATEA INDUSTRIALĂ

M. Seserman, M. Şelaru, N. Cosmovici, V. Paraschiv, Maria Cosmovici
— Spitalul clinic de psihiatrie „Socola" — Iaşi

În scopul cunoaşterii personalităţii subiecţilor, cercetaţi la I.I.S. „Ţesătura" Iaşi, s-a aplicat o baterie de probe cuprinzînd : proba de anxietate, chestionarul Eysenck şi chestionarul W.-M.

Proba a fost administrată unui număr de 1605 subiecţi, 1035 femei şi 370 bărbaţi. După analiza chestionarelor, au fost eliminaţi un număr de 209 subiecţi, care au completat în întregime proba sau au răspuns într-un mod defectuos (65 bărbaţi şi 144 femei). De asemenea , au fost anulate o serie de probe al căror răspuns vădeau o lipsă totală de interes în rezolvarea lor ca : răspunsul la întîmplare, încercuirea tuturor răspunsurilor afirmative sau negative. Unele din aceste situaţii au avut drept cauză slaba instrucţie şcolară a subiecţilor sau neseriozitatea în rezolvarea probei, ca să nu mai vorbim de lipsa de sinceritate a acelora care şi-au ales răspunsurile pe care ei le considerau cele mai avantajoase.

Proba pune în evidenţă tendinţele psihice accentuate care prezintă risc adaptativ în procesul de producţie, de la nuanţe voalate pînă la tendinţe puternic patologice.

Prima pagină a probei este destinată cunoaşterii unor date a subiectului privind : numele şi prenumele, vîrsta, data naşterii, şcolarizarea, profesiunea, diagnosticul clinic şi data examentului. În continuare urmează o rubrică specială în care sînt consemnate rezultatele obţinute la test, sub forma punctajului obţinut, în cadrul a 8 tendinţe pe care le reclamă proba. Paginile 2 şi 3 şi prima parte a celei de a 4-a cuprind un număr de 76 întrebări adresate subiectului. La sfîrşitul probei se consemnează concluziile. Întrebările oferă subiectului posibilitatea alegerii răspunsului prin cele două alternative propuse : DA sau NU.

Tendinţele psihice accentuate şi psihopatologice relevate de probă, se grupează în 8 clase, după cum urmează :

I — emotivitate
II — obsesie — psihastenie
III — tendinţe schizoide
IV — tendinţe paranoiace
V — depresie — hipocondrie
VI — tendinţe impulsive — epileptiforme
VII — instabilitate
VIII — tendinţe antisociale.

Fiecărui răspuns arifmativ, i se acordă cîte un punct ; de asemenea, unui număr de 13 întrebări, răspunsurilor negative, datorită specificului acestora, li se acordă de asemenea cîte un punct. Fiecărei tendinţe psihologice îi corespunde o frecvenţă a întrebărilor cuprinsă între 17—18. Rezultatul obţinut se raportează la un coeficient constant fiecărei tendinţe, variind între 20—52, funcţie de numărul întrebărilor în cadrul unei tendinţe, acesta crescînd cu cît numărul întrebărilor este mai mic (vezi etalon 2). În stînga fiecărei întrebări se află numărul tendinţei căreia acesta îi corespunde, de la 1 la 8. Unele întrebări sînt suprinse în două tendinţe, numărul acestora fiind consemnat în paranteză, iar întrebarea 35 e cuprinsă în 3 tendinţe. După acordarea punctajului necesar răspunsului afirmativ tuturor întrebărilor şi celui negativ de la întrebările : 14, 18, 24, 31, 32, 43, 45, 47, 48, 55, 57, 61 şi 62, se trece la calculul punctajului, acesta consemnîndu-se pentru fiecare tendinţă în parte.

Produsul frecvenţei întrebărilor, punctelor acordate, cu coeficientul, reprezintă totalul punctajului realizat de subiect în cadrul fiecărei tendinţe, în funcţie de acest punctaj s-a trecut la întocmirea etalonului format din 5 clase, de diferite gradiente, variind între 1 şi 5 în cadrul aceleiaşi clase. Punctajul variază între 0 şi 364.

În funcţie de punctajul obţinut, se consemnează rezultatul răspunsurilor raportate la etalon. Proba pune în evidenţă tendinţele psihice accentuate, le relevă pe cele normale, cît şi pe cele cu caracter patologic. Bineînţeles că nu toate tendinţele au aceeaşi pondere. Unele dintre acestea pun în evidenţă riscul de adaptare a subiecţilor, sau prezenţa unor tulburări psihice, uneori mai puţin conştiente şi ascunse ale subiectului, care periclitează bunul mers al activităţii profesionale.

Rezultatele obţinute la fiecare tendinţă sînt sumate, iar totalul este analizat pentru a se putea releva nuanţele psihologice şi psiho-patologice ale personalităţii subiectului. O serie de subiecţi devin problemă prin punctajul mare obţinut în cadrul punctajului general, deşi în cadrul fiecărei tendinţe au obţinut rezultate medii sau puţin accentuate, dar care prezintă o încărcătură psiho-afectivă discutabilă. Scopul folosirii testului este tocmai de a pune în evidenţă eventualele încărcări psiho-patologice a personalităţii subiecţilor, pentru ca prin măsurile psiho-terapeutice adecvate şi cele impuse de ergonimie, să remediem aceste situaţii prin anihilarea cauzelor care le-au produs.

Chestionarul W.—M., prin analiza pe care o face personalităţii subiectului, este un instrument eficace în promovarea sănătăţii mintale şi realizarea echilibrului psihic şi a tonusului afectiv necesar unei bune activităţi profesionale.

În corelaţie cu celelalte probe de personalitate amintite mai sus, se pun în evidenţă trăsăturile de caracter, cît şi structurile personalităţii subiecţilor respectivi.

Caracterul a fost definit de Pavlov drept un aliaj între tipul de activitate nervoasă superioară şi mediul înconjurător. El este rezultanta educaţiei asupra temperamentului. Analiza caracterului se face pe baza atitudinii individului faţă de societate, faţă de muncă şi faţă de sine însuşi. În psihiatrie, tulburările de caracter se întîlnesc în psihopatii, toxicomanii, şi se manifestă prin tendinţa la conflicte, lipsa de colaborare şi înţelegere în cadrul colectivului de muncă, neglijenţe, dezordini, dispreţ, huliganism.

Personalitatea este o sinteză rezultată din integrarea într-un tot organizat a elementelor care cuprind psihicul individului. Personalitatea înseamnă un sistem amplu de relaţii complexe, o rezultantă a revoluţiei social-istorice a particularităţilor fiecărui individ. Baza personalităţii o formează însuşirile înnăscute, predispoziţiile spre anumite reacţii, cuprinse în noţiunile de tip de activitate nervoasă superioară şi temperament.

Personalitatea este o noţiune dinamică în continuă evoluţie şi transformare în strînsă dependenţă între mediul social şi de dezvoltare armonică a organismului în întregime. Personalitatea este produsul calitativ superior elaborat în cursul evoluţiei social-istorice a individului, ca o consecinţă a interacţiunilor sale cu mediul înconjurător, socio-cultural ; ea reprezintă asimilarea de către individ a experienţei socio-culturale a acestui mediu.

Analiza rezultatelor chestionarului W.—M. s-a făcut în funcţie de totalul notelor obţinute. Raportat la acestea s-a întocmit etalonul format din 5 clase. Prima clasă cuprinsă între 0—80 (80 puncte), include subiecţii ce prezintă tendinţe normale. A doua clasă, cuprinsă între 80—120 (40 puncte), cuprinde pe cei cu vagi şi uşoare tendinţe. A treia clasă, cuprinde zona de limită, de filtraj, între tendinţele normale şi cele

Scanned with OKEN Scanner

psiho-patologice, fiind înscrisă între 120—180 (60 puncte). A patra clasă e cuprinsă între 180—260 (80 puncte) şi cuprinde tendinţele puternic accentuate, subiecţii din cadrul acesteia tinzînd spre patologic. Ultima clasă, cuprinsă între 260 şi 360 sau 364 (100 puncte sau 104 puncte), include tendinţele patologice; subiecţii acestei clase sînt subiecţi problemă, perturbînd procesul de producţie datorită perturbărilor pe care le reclamă. În acest sens, asupra acestora se impune luarea unor măsuri cu caracter preventiv şi curativ pe linie medicală, psiho-terapeutică şi profesională, pornindu-se de la cerinţele concret-obiective şi la particularităţile fiecărui individ. Aceste tulburări psihice au răsunet asupra personalităţii subiectului, pe care o alterează. În unele cazuri, subiectul trăieşte adeseori ideea transformării personalităţii sale. O altă problemă frecvent întîlnită în cadrul analizei rezultatelor subiecţilor este aceea a încadrării lor în ultima clasă a tendinţelor patologice sau a celora puternic accentuate (clasa a IV-a) la mai multe tendinţe, marcînd o modificare a personalităţii subiectului pe mai multe planuri. Astfel, întîlnim subiecţi hiperemotivi cu accentuate note obsesivo-psihastenice, tendinţe schizoide, idei paranoice la un nivel inferior, afişat numai pe plan mintal în cazul introvertiţilor, exteriorizîndu-se cu totul accidental, subiecţi care aparent nu pun nici un fel de probleme şi dacă totuşi nu sînt depistaţi la timp, pot perturba grav procesul de producţie, punînd în pericol securitatea lor şi a altora. O serie de alte tendinţe afişate cu foarte mare uşurinţă de o serie de subiecţi ca: hipocondri, impulsivitate, tendinţie antisociale vor fi mult mai uşor anihilate datorită influenţei mediului social şi profesional. Pentru precizarea corectă a psiho-diagnosticului am corelat rezultatele obţinute la test cu răspunsurile obţinute la celelalte probe de personalitate, pentru ca de abia în finalul acestei operaţii să se poată pune cu toată certitudinea situaţia subiecţilor problemă. În tot acest proces am ţinut cont de vîrstă, sex, turele de muncă şi locul de producţie (secţie).

În cadrul întrebărilor ce pun în evidenţă emotivitatea, există un număr de 13 întrebări de genul: „ţi-e frică de întuneric", „îţi rozi unghiile aşa de tare încît te doare?", „ai superstiţii?", „plîngi uneori din pricina piedicilor ce ţi se pun?". Întrebările de acest gen cuprind o serie de cuvinte şi expresii traumatogene, care pun în evidenţă emotivitatea subiectului. Dintre acestea fac parte cuvinte ca: vis, bîlbîială, plîns, dureri, noapte, zgomot, ceartă, frică, sperietură, zgomot în noapte, moarte, sînge, foc, întuneric; de asemenea, se pune în evidenţă şi timiditatea subiectului.

În cadrul tendinţei a doua cuprinzînd obsesii — tendinţe psihastenice, forme nevrotiforme, sînt cuprinse o serie de 15 întrebări de tipul: „ţi-e frică de furtună", „ţi-e frică de apă?", „ţi-e frică uneori să traversezi o piaţă sau o stradă largă?", „ţi-e frică uneori să stai într-o cameră mică, închisă?". Acestea pun în evidenţă fobii de genul agrofobie, şi claustrofobie. De asemenea, se reliefează unele tipuri, manii, nesiguranţa subiecţilor în faţa unor situaţii, nesecuritatea persoanei sale în cadrul socialului, teama de moarte, specifică psihiasteniculuí.

În cadrul tendinţelor schizoide sînt incluse un număr de 12 întrebări de tipul: „ai uneori credinţa că că tu nu eşti la fel cu ceilalţi?", „îţi vine cîteodată gîndul că nimeni nu te înţelege?". Aceste probleme relevă închiderea în sine, fuga de realitate a subiecţilor. Dintre cuvintele şi expresiile traumatogene incluse în cadrul întrebărilor amintim: închis în sine, plictiseală, fugă de acasă, colectivitate, singurătate, mînie, mulţumire etc.

Tendinţele paranoice sînt reliefate de întrebări de genul: „te gîndeşti uneori că nimeni nu te iubeşte?", „familia ta se poartă bine cu tine?", „superiorii tăi se poartă bine cu tine?". Dintre cuvintele şi expresiile proiective amintim: fuga de acasă, colectivitate, singurătate, comandă-poruncă, prieten, vinovat, lumea te iubeşte, linişte, corectitudine, superior, a face rău, împotrivire, supărare, punînd în evidenţă egofilia şi egocentrismul unor subiecţi.

Depresiile şi tendinţele hipocondrice se reflectă în întrebări ca: „te simţi aproape întotdeauna obosit?", „ai deseori dureri de cap?", „te mînii des?". Dintre cuvintele şi expresiile traumatogene amintim: durere, putere, sănătate, oboseală, plictiseală, direre de cap, mîncăruri care îţi fac rău, mînie şi altele.

Tendinţele impulsive şi cele epileptiforme apar în întrebări de genul: „ţi se întîmplă să spargi lucruri atunci cînd te mînii?", „ai leşinat vreodată?", „simţi uneori că vederea ţi se tulbură?",. Ele sînt raportate la aspecte ca: a dormi bine, fuga de acasă, supărare la reacţiile de împotrivire, reacţii violente la mînie, leşin (stări de lipotimie), tulburarea vederii ş.a.

Instabilitatea se relevă în aspecte integrative de tipul: „ai vrut pînă acum să fugi vreodată de acasă?", „îţi schimbi des ocupaţia?", „ai avut obiceiul de a mişca gîtul, capul, umerii?". Tendinţa este ilustrată prin formulări verbale de tipul: a nu spune nimic un timp, ticuri, schimbarea ocupaţiei, a fi distrat, activitate continuă, fugă de acasă.

Tendinţele antisociale formulate în expresii ce fac apel la: a ţine la durere, a ucide animale, a face rău, a necăji, a face rău unui om sau animal, dorinţa de a fura, apar întrebări degenul: „superi (necăjeşti) în glumă, pe ceilalţi pînă cînd îi faci să plîngă?", „ai avut pînă acum dorinţa să furi?". Unele întrebări sînt cuprinse în cadrul a două sau chiar trei tendinţe, punctajul acordat consemnîndu-se de fiecare dată. De exemplu, întrebarea: „Ai vrut pînă acum să fugi vreodată de acasă?", se consemnează la analiza tendinţelor schizoide, a celor paranoice şi a celor de instabilitate. Aceeaşi problemă poate avea sensuri diferite în funcţie de structura psihopatologică a subiectului, de temperament sau caracter. Din exemplul citat mai sus, se desprinde uşor polivalenţa psihopatologică a aceluiaşi act psihosocial — fugă de acasă. Pentru un schizoid acest lucru poate fi motivat prin dorinţa de izolare într-un loc restras, singuratic, (fuga de lume), pentru un paranoic acesta pleacă de la credinţa că lumea nu-l mai înţelege, că nu-i mai răspunde la tendinţele şi aspiraţiile sale de mărire personală, iar pentru uni tip instabil asemenea act poate avea o multitudine de mobiluri.

Totalul maxim al punctajului este de 2896. Pentru fiecare tendinţă consemnăm numărul subiecţilor ultimei clase, incluzînd tendinţele patologice. Considerăm importantă analiza grupei acelor subiecţi a căror rezultate reflectă mai multe tendinţe psihopatologice, reţinîndu-i pe cei a căror punctaj depăşeşte jumătatea maximului posibil. Analiza separată a acestora a reclamat corelarea specială cu rezultatele obţinute la celelalte probe de specialitate.

În cadrul ultimei clase am efectuat o analiză cantitativă prin studiul rezultatelor în funcţie de punctele clasei respective distribuite pe fiecare tendinţă, tocmai din considerentul de a face diferenţieri puţin sesizabile în cadrul ultimei clase, mai ales în cazurile cînd numărul subiecţilor încadraţi în aceasta era foarte mare, ca în cazul hiperemotivităţii sau a tendinţelor depresive.

În cadrul tendinţelor situaţia ultimei clase se prezintă astfel: I—4 denivelări, II—5, III—4, IV—5, V—4, VI—3, VII—2, VIII—2. Pe tendinţe, situaţia calsei a V-a se prezintă astfel: I — hiperemotivitate

Femei	Bărbaţi
I — 125	8
II — 66	9
III — 38	2
IV — 11	1

Pentru celelalte tendinţe, situaţia se prezintă în felul următor:

Scanned with OKEN Scanner

	Femei	Bărbaţi
tendinţa	II 119	16
	III 83	16
	IV 9	9
	V 216	24
	VI 77	12
	VII 13	8
	VIII 15	17

Pe ture, situaţia se prezintă după cum urmează :

Femei

Tura I	Tura II	Tura III
87	94	124

Bărbaţi

Tura I	Tura II	Tura III
14	18	6

Pe vîrste, situaţia se prezintă astfel :

Vîrsta	Total	Femei	Bărbaţi
sub 20 ani	15	13	2
20—25 ani	56	50	6
26—30	26	19	7
31—35	31	29	2
36—40	84	78	6
41—45	59	52	7
46—50	21	18	3
51—55	8	7	1
peste 55 ani	2	1	1

Pe secţii, situaţia se reflectă astfel :

Secţia	Total	Femei	Bărbaţi
finisaj-ţesătorie	8	7	1
filatură	28	26	2
filatură cardată	24	20	4
ţesătură	60	56	4
finisaj fire	22	19	3
C.T.C.	22	22	—
filatură pieptănată	20	20	—
preparaţie	4	4	—

Dintre tipologiile bazate pe aspectele psihologice clinice, cea mai generală este aceea a lui G. C. Jung (1928). El porneşte de la ideea că desfăşurarea fenomenelor naturii aduce în mod necesar contradicţii bipolare : naşterea şi moartea, sistolo-diastolă etc. Bazate pe criteriul bipolarităţii, Jung distinge următoarele tipuri : tipul extravertit — centrifugal, orientat spre exterior, spre cunoaşterea lumii externe, sociofil ; nu se cunoaşte suficient pe sine, datorită lipsei posibilităţii de introspecţie şi autoanaliză.

— tipul introvertit : centripetal, sociofob, inapt pentru dezvoltarea unor relaţii sociale, slab adaptat la realitate, evită lumea, se complace în singurătate. Găseşte în sine ceea ce extravertitul găseşte în ceilalţi : solitar, iar uneori bizar şi egoist. Introvertitul îşi este suficent sieşi.

Menţionăm faptul că cele două modele, polar opuse, situate pe extreme, nu sînt totuşi niciodată pure. În ciuda aspectului contradictoriu dintre cele două tipuri, în ambele sălăşluieşte tendinţa spre unitate şi integrare. Necesitatea integrării poate fi constantă chiar la aceeaşi personalitate, de-a lungul existenţei sale, prin faptul că la fiecare, în prima parte a vieţii predomină notele extraversiunii, în timp ce în a doua parte a existenţei, predomină notele introversiunii.

Testul W.—M. pune în evidenţă opt tendinţe psihice, cu toată încărcătura lor afectivă. Unele tendinţe, din explicaţiile date anterior, cuprind şi parte din tipurile enumerate mai sus. Studiul nostru a căutat să pună în evidenţă tendinţele psihice accentuate, suprasaturaţia afectivă cu nuanţările respective şi cu tendinţele spre patologic. În acest sens, s-au întocmit o serie de tabele care să ilustreze acest fapt.

Tabelul nr. 1 prezintă subiecţii a căror încărcătură afectivă tinde spre saturaţie, indicîndu-se şi numărul tendinţelor unde domină note puternic accentuate sau patologice.

Un rol important a avut cunoaşterea subiecţilor a căror rezultate se corelează cu celelalte probe de personalitate ; astfel, în dreptul acelor subiecţi am consemnat „a", indicînd corelaţia cu testul de anxietate. Aceşti subiecţi prezintă dificultăţi de adaptare şi se impune analiza lor medicală în acest stadiu. De asemenea, se recomandă ca aceşti subiecţi, în cazul cînd au prea multe sarcini profesionale sau răspunderi importante să fie decongestionaţi de acestea pe o perioadă mai mică sau mai mare de timp. În plus, în limita posibilităţilor se recomandă trecerea de la un loc de muncă cu solicitări maxime la unul cu operaţii mai simple. Totodată, psihoterapia de grup, realizată în mod natural în cadrul colectivelor de muncă, la care se adaugă aportul psihologului industrial, înlătură cauzele care au dus la această încărcătură afectivă.

De asemenea, realizarea unor anchete sociale la dozele psiho-sociale, care perturbă personalitatea acesmiciliul subiecţilor amintiţi, va pune în lumină cautora, indicîndu-se totodată modalităţile de remediere a lor. Un rol important revine factorilor de conducere, care vor trata dferenţiat, de la caz la caz, subiecţii semnalaţi de noi a fi predispuşi factorilor patologici.

Concluzii

Subiecţii a căror rezultate prezintă o încărcătură psiho-afectivă puternică, cu nuanţe accentuat patologice, a căror rezultate se corelează cu cele de la testul de anxietate, şi de la chestionarul Eysenck (tabelele 3, 4 şi 5), reprezintă cazurile care perturbă activitatea productivă (138 femei şi 38 bărbaţi).

Subiecţii a căror rezultate sînt înscrise în clasa a V-a, la chestionarul W.—M. trebuie examinaţi din punct de vedere medical, pentru ca nu cumva rezultatele lor să fie cauzate de afecţiuni somatice (a se studia fişa de sănătate de la policlinica industrială).

Subiecţii a căror rezultate relevă note puternic accentuate şi patologice, se recomandă a fi trecuţi la locuri de muncă cu responsabilitate redusă, pentru cel puţin o durată de trei luni.

De asemenea, subiecţii a căror rezultate se încadrează în clasa a V-a, la tendinţele I, V şi VII, se recomandă a lucra pe o perioadă de minimum 3—4 luni, în tura pe care ei o consideră cea mai avantajoasă.

Subiecţii a căror vîrstă depăşeşte 50 de ani (6 subiecţi femei, 3 bărbaţi), iar rezultatele îi încadrează în clasa a V-a, la unele tendinţe, iar suma punctajului realizat reflectă o încărcătură psiho-patologică depăşind 1500, se recomandă a fi pensionaţi.

De asemenea, se recomandă studierea relaţiilor interindividuale şi a raporturilor muncitor-maiştri, ingineri, ua subiecţii înscrişi în clasa a V-a, la tendinţele II, III, IV, VI şi VIII, cu schimbarea anturajului sau a locului de muncă.

Subiecţii a căror rezultate reprezintă o încărcătură psihopatologică exagerată, se recomandă a li se studia condiţiile de trai şi ambianţa mediului familial.

Unii subiecţi care perturbă în mod frapant activitatea productivă şi nu sînt evidenţiaţi de studiul nostru, se încadrează în rîndul celor a căror probe psihologice au fost anulate, întrucît nu au fost completate corect (65 bărbaţi + 144 femei).

Studierea acestora se recomandă a o face laboratorul de ergonomie al întreprinderii sau Serviciului de sănătate mintală Iaşi.

Scanned with OKEN Scanner

ETALON I

Clasa	Interval	Punctaj	
I	0—80	80	tendinţe normale
II	80—120	40	vagi şi uşoare tendinţe
III	120—180	60	zona de filtraj (limită)
IV	180—260	80	tendinţe puternic accentuate
V	260—360	100	tendinţe patologice
	(364)	(104)	

ETALON II

Clasa (interval)	I—28	II—24	III—30	IV—20	V—26	VI—36	VII—52	VIII—52
0	I—28	I—24	I—30	I—20	I—26	I—36	I—52	I—52
I	2—56	2—48	2—60	2—40	2—52	2—72		
		3—72		3—60	3—78			
80				4—80				
80	3—84	4—96	3—90	5—100	4—104	3—108	II—104	2—104
II	4—112	5—120	4—120	6—120				
120								
120	5—140	6—144	5—150	7—140	5—130	4—144	3—156	3—156
III	6—168	7—168	6—180	8—160	6—156	5—180		
180				9—180				
180	7—196	8—192	7—210	10—200	7—182	6—216	4—208	4—208
IV	8—224	9—216	8—240	11—220	8—208	7—252	5—260	5—260
	9—252	10—240		12—240	9—234			
260				13—260	10—260			
260	10—280	11—264	9—270	14—280	11—286	8—288	6—312	6—312
	11—308	12—288	19—300	15—300	12—312	9—344	7—364	7—364
V	12—336	13—312	11—330	16—320	13—338	10—360		
360	13—364	14—336	12—360	17—340	14—364			
(364)		15—360		18—360				

FEMEI

Tendinţa

	I			II			III			IV			V			VI			VII			VIII		
Tura	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C
Clasa I	10	6	6	29	27	38	39	42	65	89	87	130	30	32	45	49	36	57	94	103	115	159	139	192
Clasa II	23	13	30	32	43	79	52	44	94	63	17	92	19	16	21	48	29	63	65	60	76	28	25	47
Clasa III	37	43	68	62	53	75	81	70	81	82	60	93	37	35	61	78	86	92	32	44	45	12	16	13
Clasa IV	122	104	163	96	75	109	53	66	71	23	33	26	111	93	128	61	64	108	28	23	36	8	12	22
Clasa V	77	59	86	41	38	40	25	29	29	4	1	4	63	67	88	26	33	18	5	2	6	7	4	4

BĂRBAŢI

Tendinţa

	I			II			III			IV			V			VI			VII			VIII		
Tura	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C
Clasa I	30	16	16	68	22	23	39	23	24	85	17	60	50	40	15	60	24	26	46	25	21	64	48	24
Clasa II	44	30	19	31	19	17	39	22	17	20	20	6	14	8	10	18	23	11	34	24	8	17	12	7
Clasa III	32	19	11	24	8	4	23	18	8	22	23	7	22	23	12	36	31	14	21	19	7	6	9	8
Clasa IV	22	15	6	13	10	3	15	13	5	8	9	5	40	14	12	9	8	2	14	15	8	2	5	2
Clasa V	8	10	1	6	9	1	8	18	0	5	4	0	11	10	2	5	6	1	4	3	1	8	7	2

Scanned with OKEN Scanner

ASPECTE ALE ÎNCADRĂRII ADOLESCENŢILOR ÎN MEDIUL INDUSTRIAL

Cleopatra Andrieş, C. Andrieş
— Spitalul municipal Roman

Adaptarea fiind un proces continuu care trebuie să dureze cît viaţa individului, presupune relaţia de acord cu mediu şi în special cu mediul social.

M. Selye, la simpozionul medical internaţional al stressului din 1975 pentru a fi mai plastic în exprimarea existenţei proceselor adaptative pe traiectul longitudinal al individului, spunea în cuvîntul său că de fapt cînd ne naştem, ne adaptăm, cînd intrăm la şcoală ne adaptăm, cînd ne căsătorim, ne adaptăm şi aşa mai departe marcînd fiecare etapă principală a vieţii.

Pentru fiecare individ în parte procesul de adaptare constituie un unicat. Nu există un om în genere ci oameni pe care psihologia trebuie să-i cunoască în toată diversitatea lor ; această diversitate provine din structura biologică, din educaţie şi din mediu.

Fiecare individ are o structură unică, are personalitatea lui. Mediul la rîndul său este modelat de individ conform dorinţelor sale, adaptarea exprimînd în fiecare moment un alt proces, o altă relaţie om-mediu.

Se admite aproape unanim că edificarea bazelor morfo-funcţionale ale personalităţii încep odată cu produsul de concepţie şi că din acest punct de vedere profilaxia pre-intra şi post-natală se relevă ca o măsură de natură medico-socială esenţială, pretinzînd educaţia genitorilor în vederea evitării acţiunii nocive a factorilor de orice ordin cu influenţe negative în dezvoltarea fătului.

Factorii psiho-sociali negativi, alterarea substratului biologic îşi pun marca în primii 2—3 ani de viaţă şi continuă să brăzdeze personalitatea pe traiectul ei longitudinal.

Suferinţele cerebrale, deficienţele şi carenţele afective precum şi cele instructiv-educative agravează structurarea dizarmonică a personalităţii şi accentuiază pe parcurs insuficienţele cognitive, perturbînd capacităţile restante de asimilare şi acomodare la mediul psiho-social dacă nu se intervine la timp prin măsuri medico-sociale şi psiho-pedagogice adecvate.

Formarea personalităţii umane ca un ansamblu structural funcţional activ de trăsături temperamentale, caracteriale şi volitionale, are loc într-o evoluţie stadială, în stadiu ontogenetic al adolescenţei constituindu-se profilul moral al personalităţii.

Studiile de epidemiologie ale existenţei tulburărilor psihice şi ale bolior somatice caută să evidenţieze factorii ecologici cu rol în determinismul reacţiilor organismului căutînd să precizeze puncte de impact la diverse nivele pe traiectul longitudinal al vieţii individului.

Fie că este vorba de impacte genetice, epigenetice sau ale organismului adult, studiul lor rămîne nedefinitivat prin gradul de dificultate al metodelor de studiu în acest domeniu cît şi prin variabilitatea lor.

Experienţele în stimulatorii, precum şi experienţele naturale au arătat că lipsa stress-urilor e la fel de nocivă pentru organism ca şi abundenţa lor.

Stress-ul se interferează cu adaptarea, noţiunea de adaptare implicînd menţinerea integrităţii organismului şi echilibrul dinamic al acestuia cu mediul înconjurător ; depăşirea resurselor adaptative cu ameninţarea integrităţii organismului, individul intrînd în stare de stress virează spre dezadaptare.

Pentru a preciza modalităţile de adaptare ale unei persoane în diverse situaţii trebuie cunoscute nu numai condiţiile stressante dar şi resursele individuale, gradul de competenţă şi autocontrolul, trăsăturile stabile ale personalităţii concretizîndu-se în anumite „stiluri adaptative".

În studiile de ecologie în general şi în particular în cele de ecologie umană este foarte greu de izolat un parametru, ştiind că organismul reacţionează ca un tot unitar, în funcţie de ecuaţia sa personală.

Analizînd prin metoda chestionarelor cu profil biopsiho-social un grup de 400 elevi ai Liceului de materiale de construcţii Roman, elevi de vîrstă 16—18 ani care încep o activitate productivă în paralel cu pregătirea teoretică s-au relevat unele aspecte cauzale ale eşecului daaptativ.

Pornind de la premiza că în şcoală au venit adolescenţi valizi din punct de vedere somato-psihic, s-a constatat că la 2% din cei ce au manifestat acomodare dificilă în practica productivă aveau în ascendenţă bolnavi psihici.

Alţii de 4,5% au avut afecţiuni somatice în cursul anului şcolar înregistrînd un mare număr de absenţe de la programul teoretic şi practic, dar care pe parcurs s-au reintegrat, excluzînd un număr de 2 elevi cu comportament psihopatoid şi a căror E.E.G. executat ulterior au relevat trasee tipice de comiţialitate, fiind necesară orientarea lor spre alte modalităţi de şcolarizare.

Din totalul de 21% care au necesitat intervenţie deosebită din partea îndrumătorilor de practică, restul de 14,5% au manifestat un oarecare grad de dificultate în însuşirea elementelor de practică fie prin nepregătire teoretică temeinică, fie prin neîndeminare, fie prin reacţie de refuz iniţial al acestei activităţi.

O parte din ei proveneau din familii neorganizate ale mediului urban în care predomină alcoolismul, uneori chiar acte delictuale, carenţe educative a căror părinţi nu au colaborat cu şcoala, alţii motivau că nu şi-au ales din iniţiativă proprie şcoala.

Pe parcurs sub influenţele modelator-formative ale îndrumătorilor marea lor majoritate s-au integrat.

Se relevă necesitatea măsurilor corespunzătoare instructiv-educative şi climat psiho-social adecvat în modelarea structurii morale a personalităţii umane la vîrsta adolescenţei, măsuri ce trebuie luate cu mult discernămînt în condiţiile unei societăţi în care fluxul informaţional solicită îndeosebi capacităţile intelectuale ale individului.

Pentru reglarea optimă cu diverse aspecte ale mediului, individul trebuie să dispună de bună capacitate de înregistrare, prelucrare şi stocare a informaţiilor în raport cu necesităţile de bază motivaţională suficient de largă care să asigure asimilarea unui volum cît mai mare de influenţe, precum şi anticiparea unor necesităţi pragmatice şi de conturare a factorilor de progres în societate.

Crearea unor puncte de impact la orice nivel al sistemului relaţional individ-mediu declanşează din partea organismului mecanisme de adaptare în limitele fiziologice ale normalului sau trecînd în domeniul anormalului.

Pe lîngă factorii biologici constituţionali sau cîştigaţi, acţionează factorii de mediu socio-familiali, nivel cultural şi material cu semnificaţie etiopatogenă de la o etapă la alta a dezvoltării personalităţii.

Factorii psiho-sociali au rol preponderent în structurarea armonică sau dizarmonică a personalităţii chiar în cazul unui handicap fizic.

Inserţia psiho-socială sub îndrumarea atentă a profesorilor şi pedagogilor, continuarea activităţii alături de colegi, antrenarea lor alături de aceştia în activităţile practice şi teoretice, în activităţile cultural-educative, atestă eficacitatea măsurilor de asistenţă activă medico-socială şi psiho-pedagogică.

Scanned with OKEN Scanner

Se relevă necesitatea de studii concrete a factorilor biologici, psihologici şi sociali care concură la continuarea adaptării armonice la condiţiile mediului social, a modelării acestuia precum şi necesitatea corectării pe parcurs a eventualelor erori în adaptarea fiecărui individ în parte, studii ce sînt posibile numai în condiţiile unei colaborări în echipe interdisciplinare, prin complexitatea lor.

Genetic and epigenetic impacts as well as the agents that mark the longitudinal line of the individual's life have a great echo not only in the formation of the personality but also in that of the adaptative answers.

Mental diseases, defficiencies and the affective requests as well as the instructive ones, aggravate the disharmonical formation of the personality and stress upon the cognitive insufficients, disturbing the remaining capacities of assimilation and adaptation to the psycho-social environment unless the medical social and psycho-pedagogical measures appear in time.

The psycho-social integration under the correct advice of professors and educators, the carrying on of stimulation of the adaptative handicap-situations in the activity together with the other colleagues, the tactical, practical and cultural- instructive activities, represent important agents in the adapting process.

The necessity of collaboration in complex interdisciplinary groups in the correction of some errors in the adaptation of each individual is requested now.

ASPECTE PROFILACTICO-CURATIVE ALE PATOLOGIEI PSIHICE LA NIVLEUL UNEI ÎNTREPRINDERI DIN MUNICIPIUL BACĂU ÎN RELAŢIE CU REŢEAUA DE MEDICINĂ GENERALĂ

V. Chiriţă, G. Zichil, Gabriela Marinescu, A. Candrea, Tr. Cîrlan, Mihaela Feneru, Lucia Kişlaposi
— Bacău

Profilaxia demodulărilor şi îmbolnăvirilor psihice în mediul industrial implică în mod necesar relaţionarea şi conlucrarea medicului psihiatru cu reţeaua de medicină generală. Tratarea singulară şi aleatorie a cazurilor de îmbolnăvire numai de către medicul psihiatru în cadrul L.S.M. sau secţiei de psihiatrie apare insuficientă şi fără rezultate de durată şi, în orice caz, nu realizează dezideratul propus — profilaxia. Pe de altă parte, abordarea patologiei psihice numai de către medicul de întreprindere poate fi incompletă sau uneori chiar incompetentă.

Pentru creşterea randamentului asistenţei psihiatrice a populaţiei active sînt necesare condiţii multiple: accesibilitate, eficacitate, continuitate, individualizare, condiţii care impun colaborarea permanentă a psihiatrului cu reţeaua de medicină generală din întreprinderi. Tratamentul de specialitate — curativ sau profilactic — nu poate fi eficace dacă nu se cunosc cît mai exact cauzele care au dus la îmbolnăvire, mediul unde lucrează pacientul, eventualele noxe care acţionează asupra acestuia.

Pornind de la aceste considerente am iniţiat în cadrul L.S.M. un studiu clinico-statistic la Întreprinderea de şuruburi Bacău şi anume la secţia de prelucrare la rece unde principala noxă poluantă este zgomotul. Această acţiune cu caracter profilactic, efectuată în colaborare cu reţeaua de medicina muncii şi dispensarul de întreprindere a urmărit cercetarea efectelor nocive ale zgomotului în generarea unor tulburări psihice de aspect nevrotic şi iniţierea unor acţiuni cu caracter profilactic.

Din totalul de 512 muncitori (462 bărbaţi şi 50 femei) care lucrează în această secţie, în care intensitatea zgomotului variază între 60—80 decibeli, s-au examinat 32 muncitori (23 bărbaţi şi 9 femei) la care examenul audiometric a obiectivat existenţa unei hipoacuzii. Examenul psihiatric a evidenţiat o fenomenologie clinică de intensitate nevrotică la 11 muncitori (5 bărbaţi şi 6 femei) cu o vechime a expunerii la noxă de la 5 pînă la 26 ani: între 3—5 ani 2 cazuri, 10—13 ani 2 cazuri, 16—19 ani 3 cazuri, 21—26 ani 4 cazuri.

Repartiţia cazurilor pe grupe de vîrstă este următoarea: 30—40 ani 1 caz, 40—50 ani 4 cazuri, 50—60 ani 6 cazuri.

Corelînd vechimea expunerii la noxă cu intensitatea zgomotului se constată că la intensitatea de 60 decibeli simptomatologia psihică s-a conturat după o expunere variind între 10 şi 26 ani, iar la intensitatea de 70—80 decibeli după o expunere la zgomot de numai 3—5 ani.

Abordarea clinică a acestor cazuri de îmbolnăvire a determinat, pe lîngă tratamentul curativ, o serie de măsuri menite să contribuie la consolidarea rezultatelor şi la profilaxia recăderilor:

— scutire de schimb de noapte la indicaţia medicului psihiatru şi cu avizul cabinetului de medicina muncii pentru perioade variabile între 1—3 sau 6 luni, — acordarea de program redus de 6 ore timp de 3 luni, — schimbarea locului de muncă.

S-a constatat de asemeni că sînt necesare măsuri de reducere a expunerii la zgomot şi de protejare a muncitorilor: — plafoane absorbante de zgomot, — tampoane antifon pentru urechi, — pauze recreative în timpul programului de lucru.

Indicaţiile menţionate se impun a fi respectate atît de pacient cît şi de către conducerea întreprinderii, căci altfel, pacientul părăsind centrul de tratament şi revenind în acelaşi mediu şi aceleaşi condiţii de muncă este expus recăderii în paralel cu îndepărtarea de programul de tratament. Continuitatea acestor acţiuni profilactico-curative trebuie asigurată de medicul de întreprindere prin controale medicale periodice, vizite la locul de muncă şi îndrumarea precoce către L.S.M.

Prin această colaborare complexă cu reţeaua de medicină generală tratamentul îmbolnăvirilor psihice cîştigă în eficienţă, realizîndu-se totodată măsuri importante de protecţie împotriva zgomotului ca factor de poluare psihică şi, implicit, de profilaxie a îmbolnăvirilor psihice.

The prophylaxy and the treatment fo the psychical illnesses at an entreprise where the noise is a factor of psychical polution imposes measures of efficient protection of the workers and the permanent collaboration of the psychiatrist with the general medicine system in order to increase the efficiency of the psychiatrical attendance.

Scanned with OKEN Scanner

INDUSTRIALIZARE ŞI ECHILIBRU ECOLOGIC. CONTRIBUŢII, PERSPECTIVE, DEZIDERATE

I. Tărniceru, Al. Avasilcăi, C. Postelnicu
— Cîmpulung Moldovenesc

„Nimic nu-i mai scump pentru om decît viaţa. N-o trăieşte decît o singură dată şi omul trebuie s-o trăiască astfel încît să nu-i pară rău că a trăit...". Aceste cunoscute cuvinte ale lui N. Ostrovski exprimă însăşi existenţa condiţiei umane, şi nu există om care să nu aspire, mărturisit sau nemărturisit, spre un asemenea ţel. Calitatea vieţii, înţeleasă nu atît în accepţiunea ei de criteriu al comportamentului unui individ, ci mai ales în sensul de sinteză a ceea ce poate oferi o comunitate, un sistem, reprezintă finalitatea economiei noastre socialiste.

În ţara noastră această problemă a căpătat o dezlegare de principiu, calitatea vieţii devenind, sub aspectele ei fundamentale, o chestiune de stat. La cel de al XI-lea Congres al P.C.R., tovarăşul Nicolae Ceauşescu vorbind despre politica generală a partidului nostru pentru edificarea societăţii socialiste multilateral dezvoltate, arată că: „Scopul întregii noastre activităţi economice şi sociale, ţelul suprem al politicii partidului nostru, esenţa misiunii sale istorice de transformare revoluţionară a socetăţii şi de făurire a noii ordini este ridicarea nivelului de trai material şi spiritual al întregului popor, în concordanţă cu necesităţile fiziologice ştiinţifice determinate de progresul neîntrerupt al cunoaşterii umane." Conceperea şi înfăptuirea acestei politici a avut şi are drept ax vital schimbarea structurilor economice tradiţionale, înlocuirea lor printr-un sistem nou, modern, eficace. În conformitate cu aceste linii directoare ţara noastră şi-a modificat şi îşi modifică condiţia sa economică, în trecut predominant agricolă, cu tot ceea ce a însemnat aceasta ca randament social şi relaţii umane, dezvoltîndu-se pe calea industrializării şi modernizării agriculturii. Industrializarea în România se caracterizează printr-un ritm impetuos, profil modern şi o largă arie de cuprindere. Apărută şi statornicită sub acest triplu însemn, industria s-a dezvoltat într-o cadenţă impresionantă, în trei decenii volumul ei sporind de 36 ori, punîndu-şi sigiliul distinct pe fizionomia întregii societăţi şi înrîurind în mod decisiv modul nostru de viaţă. Însă edificarea unei puternice industrii naţionale implică găsirea şi utilizarea căilor de acces la mijloacele menite să întîmpine violentarea naturii şi protejarea eficientă a mediului ambiant. Omul modern este organic interesat în conservarea mediului ambiant în condiţiile industrializării masive pentru care am optat. În acest sens statul nostru face eforturi excepţionale pentru conservarea mediului ecologic. Fondurile alocate în actualul cincinal în acest scop sînt de ordinul a 14,3 miliarde lei, fapt ce dă măsura eforturilor care se fac pentru ca ceea ce construim să nu ducă la otrăvirea atmosferei, la poluarea apei, la sterilizarea pămîntului. Protecţia mediului este concepută ca asigurarea echilibrului ecologic dinamic, conservarea calităţii factorilor naturali, dezvoltarea bogăţiilor naturale ale ţării, asigurarea unor condiţii de viaţă şi activitate tot mai bune pentru generaţiile prezente şi viitoare. În fond, prin aceasta se înaintează pe calea prevăzută de KARL MARX cu peste un secol în urmă, atunci cînd scria: „Cu timpul, ştiinţele naturii vor îngloba cu sine ştiinţa despre om, după cum ştiinţele despre om vor îngloba cu sine ştiinţele naturii; va fi o singură ştiinţă".

Marile obiective ale protecţiei mediului ambiant presupun existenţa unui ansamblu de măsuri pe plan naţional şi internaţional, strîns corelate, precum:

a — cunoaşterea temeinică a mediului natural şi a interacţiunilor dintre sistemul social-economic şi sistemele naturale, prevederea consecinţelor mai apropiate şi mai îndepărtate ale acestor interacţiuni;

b — utilizarea raţională şi cu economicitate maximă a resurselor naturale, indiferent de originea lor;

c — prevenirea şi combaterea scrupuloasă atît a degradării mediului provocată de om, cît şi a celei produsă de cauze naturale;

d — armonizarea intereselor imediate, de lungă durată şi permanente ale societăţii umane în utilizarea factorilor naturali de mediu: aer, apă, sol, subsol, floră, rezervaţii şi monumente ale naturii, peisaj.

Aceste obiective şi deziderate impun ca planificarea economico-socială să se efectueze pe temeiul cunoaşterii atente a implicaţiilor ecologice şi a consecinţelor în acest domeniu ale fiecărei variante de plan, ca şi pe cercetarea cu grijă a contradicţiilor pe care le pot ele provoca, stabilind în fiecare caz modalităţile practice de soluţionare eficientă a respectivelor contradicţii. Protecţia, conservarea şi ameliorarea mediului natural cer un foarte însemnat efort ştiinţific, tehnic, economic, financiar, cultural-educativ şi o mare unitate de voinţă şi acţiune în acest scop din partea membrilor societăţii. Experienţa demonstrează că programele de protejare a mediului pot fi organizate şi realizate eficient numai pe baza unui plan de ansamblu, coerent, care include priorităţile decurgînd din integrarea informaţiei ştiinţifice, tehnice, economice şi sociale, proiectînd şi măsurînd totodată influenţele asupra tuturor resurselor. În acest scop, lupta va trebui dusă atît împotriva economismului îngust, lipsit de perspectiva timpului, prădalnic faţă de natură şi în consecinţă dăunător societăţii, cît şi contra ecologismului abuziv, care reduce totul la un conservatorism absolut şi rigid, ce uită că însăşi protejarea naturii ne interesează din punctul de vedere al protejării omului, al existenţei şi progresului multilateral şi continuu al umanităţii.

Un exemplu de traducere în practică a aspectelor teoretice expuse anterior îl reprezintă zona geografică a oraşului Cîmpulung Moldovenesc. Cunoscută încă în urmă cu secole ca o „ţară", ca o parte de teritoriu care s-a bucurat de multă autonomie, astăzi în condiţiile industrializării şi dezvoltării societăţii socialiste multilateral dezvoltate trăieşte o nouă viaţă, legată organic de tumultul dezvoltării ţării, dar păstrîndu-şi tradiţiile şi specificul care i-au adus o binecunoscută faimă. Oraşul Cîmpulung Moldovenesc şi zona înconjurătoare posedă o atmosferă dintre cele mai curate din ţară, cu care poate rivaliza doar puţine localităţi. Schimbările care au însoţit intrarea în viaţa modernă de astăzi a localităţii nu i-au afectat de o factură stridentă nici înfăţişarea tradiţională, condiţia sa estetic-ecologică, dar mai ales nu i-au violentat aspectul său urbanistic. Construcţiile de noi locuinţe, de instituţii social-cultrale, cît şi de noi căi de acces şi comunicaţie au completat şi vor îmbogăţi peisajul cu noi dotaţii, atît pentru insul localnic, cît şi pentru turistul venit de aiurea. În perspectivă, oraşul se va dezvolta depăşind numeric actuala sa populaţie de 20 000 locuitori, desfăşurîndu-şi potenţialul turistic, dar şi perspectivele de integrare în dinamicul proces de industrializare a ţării. Este interesant de subliniat faptul că toată industria din zonă, ca şi din oraş nu poate fi socotită ca avînd un caracter poluant. Industria bazată pe prelucrarea lemnului cît şi pe cea legată de industrializarea laptelui, activităţi umane strîns legate de disponibilităţile şi perspectivele de materii prime ale zonei şi-au găsit şi îşi găsesc o deplină concordanţă cu ramuri industriale ale colectivităţilor, în zona Cîmpulung. Puternicele sectoare de exploatări miniere din Nordul Moldovei îşi au în prezent o asemenea distribuţie

Scanned with OKEN Scanner

geografică, încît nu afectează prin prezenţa lor echilibrul ecologic al zonei şi nu au creat probleme de impurificare a apei. Apele reziduale provenite de la staţiile de flotaţie a minereurilor, datorită distribuţiei reţelei hidrografice a zonei, nu ajung în sectorul de dispunere a oraşului Cîmpulung Moldovenesc şi perimetrul limitrof. Impurificarea neorganizată, generată de centrele populate, amplasate pe cursurile de apă ce trec pe aici, poate fi apreciată în prezent ca neavînd agresivitate ecologică. Calitatea apei pentru consumul zilnic al omului şi animalelor, ca şi cel al nevoilor menajere şi industriale ale colectivităţilor rămîne în zona Cîmpulung Moldovenesc la parametri dintre cei mai favorabili. Socotim de asemenea că nu paote fi vorba nici de probleme serioase în prezent şi în viitorul apropiat de poluare fonică, atît din partea circulaţiei feroviar-rutiere, cît şi din partea industriei.

Toate cele prezentate mai sus ne îndreptăţesc a socoti că în zona Cîmpulung Moldovenesc contradicţia dintre om şi natură, componentă de bază a existenţei şi dezvoltării societăţii şi-a găsit o dezvoltare şi rezolvare neantagonistă, că în această zonă nu se poate vorbi despre o criză ecologică ca în alte ţări sau chiar şi anumite zone ale ţării noastre. Calitatea mediului ambiant în zona Cîmpulung Moldovenesc ne generează presupunerea legitimă că această parte a ţării să fie socotită ca o „rezervaţie" ecologică şi menţinută ca atare. Mediul natural de aici permite dezvoltarea de activităţi umane bazate pe industrii nepoluante şi prestarea de servicii turistice şi sanatoriale. O asemenea propunere o considerăm ca fiind deosebit de binevenită pentru Consiliul Naţional pentru Protecţia Mediului Înconjurător, cît şi pentru organismele interesate în a aplica pe plan naţional indicaţiile Programului P.C.R., care prevăd în domeniul politicii generale de gospodărire a apelor şi de protecţie a mediului că „partidul va promova o politică consecventă de împiedicare a poluării naturii, de aplicare strictă a prevederilor legice cu privire la conservarea naturală a mediului înconjurător, asigurînd condiţii corespunzătoare poporului nostru atît în prezent, cît şi în viitor". În implicaţiile profilactico-curative cu referire la sănătatea mintală în special, şi sănătatea populaţiei în general, considerăm că acestei zone îi revin perspective şi sarcini, pe care puţine părţi ale ţării le reunesc într-un mod atît de fericit. Ministerele şi organismele de resort şi în primul rînd Ministerul Sănătăţii, Ministerul Muncii, U.G.S.R. şi Ministerul Turismului găsesc în oraşul Cîmpulung Moldovenesc posibilităţi şi perspective de a finanţa, construi şi dezvolta obiective de mare însemnătate pentru prezervarea stării de sănătate a populaţiei şi recuperarea forţei de muncă(sanatorii pentru boli funcţionale, case de odihnă, preventorii, sate şi tabere de vacanţă etc.).

În afara calităţilor sale ecologice, zona Cîmpulung Moldovenesc este şi o veritabilă placă turnantă pentru cei care, veniţi să-şi refacă sănătatea, doresc să purceadă la cunoaşterea neegalabilelor frumuseţi şi valori cultural-artistice ale zonei de Nord a ţării, obiective turistice binecunoscute şi dincolo de fruntariile ţării. Ansamblul ecologico-turistic al zonei constituie un ce în plus pentru ca ea să acţioneze nu numai în combaterea poluării industriale, ci şi a celei psihologice, despre care vorbesc tot mai insistent numeroşi cercetători din domeniul ştiinţelor sociale şi antropologice.

FORME ŞI NIVELE DE MANIFESTARE ALE ANXIETĂŢII ÎN ACTIVITATEA INDUSTRIALĂ

N. Cosmovici, M. Şclaru, Maria Cosmovici, V. Paraschiv

— Spitalul clinic de psihiatrie „Socola" — Iaşi

În investigarea şi exploatarea personalităţii la subiecţii din industria textilă (femei 765 şi bărbaţi 336) — pentru a scoate în evidenţă factorul de anxietate — am foosit *„Scala de anxietate"* a lui R. B. Cattell.

Această scală — noi vom folosi termenul de chestionar — a fost destinată iniţial pentru cercetarea anxietăţii în clinica de psihiatrie şi psihologie. Dar ulterior, aria chestionarului de investigare s-a lărgit, fiind utilizat în diferite scopuri de examnare pentiru orientarea profesională, chiar pentru însăşi unele profesiuni care solicită un „indice" scăzut de anxietate, pentru activitatea şcolară, în legătură cu diferite ipoteze ale formării şi dezvoltării personalităţii (în modificările adaptabile şi prelucrările autorilor respectivi). Dată fiind importanţa pe care o acordăm noi anxietăţii, stressului, frustrării şi conflictului în formarea şi dezvoltarea personalităţii, urmărind în mod deosebit capacitatea de adaptare şi integrare socio-profesională (precum şi formele de neadaptare şi dezintegrare) am considerat necesar să cercetăm *prezenţa factorului de anxietate la subiecţii din industria textilă.*

Fiecare întrebare, fiecare item (atît pentru forma A cît şi pentru forma B) are o singură posibilitate din 3, de a se marca răspunsul în funcţie de autoanaliza şi adeziunea subiectului de a răspunde conform felului lui de a fi.

Sistemul de evaluare cifrică a răspunsurilor, pentru fiecare item, are 3 valori : 0, 1 şi 2, dintre care numai unul, cel marcat de subiect, are semnificaţie, obţinînd una dintre aceste valori conform sistemului de notare a chestionarului după Cattell.

Deci, valoarea maximă posibilă a punctajului brut a notei totale de anxietate generală este de 80 (căpătînd valori între 0—80).

Factorul de anxietate este alcătuit din alţi factori extraşi din alt test al lui Cattell — 16 P.F. — (cu itemii respectivi), care izolaţi în testul 16 P.F. — fiecare are la rîndul său cîte 20—30 de itemi.

Elementele din care este format factorul de anxietate — în acest chestionar — sînt notate prin simboluri cu determinările respective :

Q3 = conştiinţa de sine ;
C = forţa eului ;
L = securitatea socială ;
O = tendinţa spre culpabilitate ;
Q4 = tensiune ergică (nervoasă).

Elemente secundare ale personalităţii care alcătuiesc factorul de anxietate	Nr. de itemi			Nr. itemilor reprezentaţi în chestionar		Punctaj maxim brut
	A	B	Total	A	B	
Q3	4	4	8	1, 2, 3, 4	21, 22, 23, 24	16
C	3	3	6	5, 6, 7	25, 26, 27	12
L	2	2	4	8, 9	28, 29	8
O	6	6	12	10, 11, 12,	30, 31, 32, 33,	24
Q4				13, 14, 15,	34, 35	
	5	5	10	16, 17, 18	36, 37, 38, 39	20
				19, 20	40	

Fiecare element (atît pentru forma A cît şi pentru forma B — număr egal, simetric) are un anumit număr de itemi, neegal între toate elementele şi care capătă punctaje brute maxime (de la 0) deosebite astfel : Total punctaj brut posibil al notei generale de anxietate 80

Puncte de reper în interpretarea statistică şi psihologică a chestionarului de anxietate.

În investigaţiile noastre psihologice care vizau explorarea personalităţii, pe lîngă alte teste am folosit şi chestionarul de anxietate. În interpretarea statistică şi psihologică noi ne vom referi cel mai mult la investigaţia realizată asupra a 765 subiecţi femei şi 336 subiecţi bărbaţi în industria textilă. De fapt acesta este şi obiectivul cercetării noastre. Dar pentru argumentarea unor valori statistice vom folosi comparativ, unde este cazul şi datele obţinute asupra altor eşantioane astfel :

— 685 fete şi 371 băieţi (adolescenţi între 16 şi 19 ani) ;
— 237 subiecţi bărbaţi (I.R.E. 20—45 ani) ;
— 100 subiecţi internaţi în clinica de psihiatrie ;
— 36 studenţi.

Interpretarea rezultatelor investigaţiei psihologice prin chestionarul de anxietate.

Înainte de a prezenta rezultatele obţinute în interpretarea statistică sîntem datori să facem cîteva precizări :

Prima precizare se referă la sesizarea de la primele 3 elemente ale anxietăţii (Q3, C şi L) în etaloanele pe subiecţi-femei (765) apar decile vide, prin identificarea interdecilică. Astfel la Q3, decilul 4 şi 7 este vid ; la C, decilul 4 şi 7 este vid iar la L sînt decilele 4, 6 şi7.Am dat denumirea de decil vid deoarece, numărul de subiecţi după notele brute, clasificaţi pe decile, obţin aceleaşi valori etalonabile şi deci diferenţa este dificil de realizat. Pentru aceasta noi am repartizat subiecţii cu aceeaşi valoare etalon (de exemplu valoarea 6, decil 3 şi valoarea 6, decil 4) în decilul inferior ; în exemplul nostru (de la Q3 femei) toţi subiecţii care prin transformarea notelor brute în note standard-etalon, au obţinut valoarea 6 (aparţinînd la două decile : 3 şi 4) au fost repartizaţi decilului inferior (deci decilului 3). Această situaţie de identificare *interdecilică a reieşit* din calculul statistic, avînd o dublă semnificaţie.

Analiza elementelor primare ale anxietăţii prin distribuţie decilică şi pe ture, atît la subiecţii-femei, cît şi la subiecţii-bărbaţi, se prezintă după cum urmează :

Elementul Q3

Tabelul nr. 1 — Q3 femei

Decile	Valoarea standard etalon	Tura A $14—15^{30}$	Tura B $22—23^{30}$	Tura C $6—7^{30}$	Total ture
1.	0—4	38	31	44	113
2.	5	22	29	25	76
3.	6	50	54	32	136
4.	6	0	0	0	0
5.	7	34	27	28	89
6.	8	38	58	39	135
7.	8	0	0	0	0
8.	9	39	24	24	87
9.	10—11	46	22	29	97
10.	12—16	6	12	4	22
	Total subiecţi	273	257	235	765

Tabelul nr. 2 — Q3 bărbaţi

Valoarea standard etalon	Tura A $14—15^{30}$	Tura B $22—23^{30}$	Tura C $6—7^{30}$	Total ture
0—3	11	13	9	32
4	8	10	9	27
5—6	45	23	19	87
6	0	0	0	0
7	18	13	8	39
8	29	15	13	57
8	0	0	0	0
9	15	11	15	41
10—14	22	19	12	53
15—16	0	0	0	0
Total subiecţi	148	103	85	336

În tabelul 1 şi 2 comparativ, am prezentat valoarea lui Q 3 distribuită pe decile, după valoarea standard etalon şi pe ture. Dar pe noi ne interesează în mod deosebit la toate elementele secundare ale anxietăţii mai mult quartilul 4, corespunzător nivelului 4 al anxietăţii parţiale (adică pe elemente), bimodale (pe forma A şi B) şi totale. Aceasta deoarece, aşa cum am precizat nivelul 4 al anxietăţii prezintă saturaţia cea mai bogată în simptome subiective şi solicită examinări suplimentare. Desigur că un element sau două elemente ale anxietăţii cu saturaţie nu pot determina valoarea totală a anxietăţii. Dar dacă nu o pot determina, în cadrul notei totale a anxietăţii există posibilitatea de a se direcţiona intervenţia terapeutică pe elementele dominante. De aceea ne justificăm noi prezentarea fiecărui element component al anxietăţii în structura organigramică a fabricii pe ture, chestionarul fiind aplicat, după cum se ştie, la ieşirea din fiecare tură.

Întrucît quartilele din cadrul elementelor secundare componente ale anxietăţii nu au semnificaţia integrativă, nu mai prezentăm clasificarea subiecţilor pe fiecare element quartilic. Aceasta o vom face în cadrul formei A, a formei B şi a anxietăţii totale, deoarece distribuţia quartilică are importanţă în stabilirea celor 5 gradualităţi ale fiecărui nivel al anxietăţii.

Ceea ce este important în analiza elementelor componente ale anxietăţii sînt decilele 8, 9 şi 10, mai ales decilele 9 şi 10 care au component quartilul 4, respectiv nivelul 4 de anxietate semnificativă. Aşa cum se constată în tabelul 1 al elementului Q 3 în decilele 8, 9 şi 10 sînt cuprinşi 206 subiecţi — femei : 91 în tura A, 58 în tura B şi 57 în tura C. Observăm egalitatea subiecţilor femei în ultimele 2 ture, iar în prima tură un număr sporit. Aceasta poate să însemne că în tura de dimineaţă solicitările de producţie sînt mai exigente şi mai încărcate „afectiv" deşi noaptea a fost folosită pentru odihnă normală. De asemenea sesizăm 12 subiecţi-femei din tura de după-amiază care prezintă o stare de anxietate înalt semnificativă. Considerăm că această stare s-ar datora suprasolicitărilor extraprofesionale, cu sursă anxiogenă de întreţinere la locul de muucă. În tabelul 2 remarcăm la subiecţii bărbaţi că decilul 10 este vid, iar cei încadraţi în decil 8 şi 9 sînt în număr de 94. Deci o proporţionalitate aproximativ îmbunătăţită a raportului femei-bărbaţi, aşa cum

Scanned with OKEN Scanner

reiese şi din numărul total de subiecţi investigaţi. Şi pe ture diferenţele sînt aproximativ proporţionale: tura A = 37 subiecţi; tura B = 30 subiecţi iar tura C = 27 subiecţi — bărbaţi.

Dacă Q 3, ca element secundar component al anxietăţii exprimă formarea, dezvoltarea şi manifestarea *conştiinţei de sine*, să vedem cîteva caracteristici pe care le prezintă, raportate numai la chestionarul aplicat şi în funcţie de întrebările care îl exprimă. Aşa cum am subliniat anterior nu poate exista anxietate fără participarea conştiinţei de sine şi ca anxietatea este specifică numai omului. În interpretarea chestionarului, Q 3 depinde mai mult de mediu (familial, social, de producţie), şi prin specificul său generează sau ameliorează temporar starea de anxietate. Este de reţinut deci că Q 3 îşi are surse de întreţinere anxiogene în mediul ambiant, care în cazul nostru se diferenţiază pe două dominante: viaţa de familie şi activitatea de producţie. Deci în aceste două direcţionări trebuiesc căutate sursele anxiogene.

În acelaşi timp Q 3 exprimă şi gradul de motivaţie care favorizează sau nu capacitatea de integrare în activitate, avînd ca mobil individual dezvoltarea conştiinţei de sine. Dificultăţile de acomodare, adaptare şi integrare familială, profesională şi socială pot constitui surse şi cauze ale anxietăţii simptomatico-manifeste. Totodată, evaluarea lui Q 3 trebuie interpretată şi raportată prin existenţa sau dobîndirea anxietăţii de tipuri caracteriale dar şi pe regulile sau obişnuinţele social-profesionale acceptate.

Conştiinţa de sine nu poate fi redusă la Q 3 sau mai bine zis la itemurile corespunzătoare lui (4 pentru forma A şi 4 pentru forma B) dar prin evaluare statistică în cadrul chestionarului — se pot determina două tendinţe: o dezvoltare insuficientă a conştiinţei de sine manifestată prin lipsă de răspundere, apatie, neparticipare, insuficienta conştientizare a adaptării şi integrării, acceptarea fără recepţie a regulilor impuse. Cealaltă tendinţă presupune o conştiinţă de sine puternic dezvotată manifestată prin motivaţie, conflicte, tensiuni care declanşează şi întreţin starea de anxietate. Această din urmă tendinţă se remarcă printr-o notă ridicată la forma B şi care intră şi în simptomatologia nevrotică de suprasolicitare sau de „crize" de adaptare.

Elementul C

Tabelul nr. 3 — C — femei

Decile	Valoarea standard etalon	Tura A 14—15^{30}	Tura B 22—23^{30}	Tura C 6—7^{30}	Total ture
1.	0—3	41	30	31	102
2.	4	41	32	38	111
3.	5	39	37	30	106
4.	5	0	0	0	0
5.	6	53	61	58	172
6.	7	33	35	34	102
7.	7	0	0	0	0
8.	8	38	39	29	106
9.	9	14	12	12	38
10.	10—12	14	11	3	28
	Total subiecţi	273	257	235	765

Tabelul nr. 4 — C — bărbaţi

Valoarea standard etalon	Tura A 14—15^{30}	Tura B 22—23^{30}	Tura C 6—7^{30}	Total ture
0—2	24	18	12	54
3	18	6	10	34
4	23	14	17	54
4	0	0	0	0
5	19	14	16	49
6	31	21	15	67
7	20	18	6	44
7	0	0	0	0
8	12	5	8	25
9—12	1	7	1	9
Total subiecţi	148	103	85	336

După cum se observă în tabelul 3 elementul C din decilele 8, 9 şi 10 repartizat pe ture ale notelor brute de la subiecţii-femei, transformate în etalon este aproximativ egal, cu clasificarea proporţională decilică, în afară de tura C, decil 10. Astfel, în tura de dimineaţă sînt 66 femei, în tura de după amiază 62 femei, iar în tura de noapte 44 femei; în total sînt 172 femei a căror dominantă graduală, începînd cu decil 10 (28 femei), decil 9 (38) şi decil 8 (106 femei) este elementul C, care exprimă *forţa eului* sau *slăbiciunea lui*.

În tabelul nr. 4 găsim aceeaşi proporţionalitate pe ture, raportată, bineînţeles la nr. subiecţilor investigaţi, dar scăzută mult ca număr semnificativ. Astfel în decil 9 şi 10 (deoarece decil 8 este vid) în tura de dimineaţă sînt 13 subiecţi, în tura de după amiază 12 subiecţi, iar în tura de noapte 9 subiecţi; în total sînt 34 subiecţi. Diferenţiat decilic avem 9 subiecţi în decil 10 şi 25 subiecţi în decil 9. Diferenţierea dintre femei şi bărbaţi la acest element este semnificativă. În timp ce 172 femei, cu gradualităţi decilice, exprimă o slăbiciune a forţei eului, ceea ce denotă o tensiune anxioasă apăsătoare, îngrijorătoare, prudenţă neliniştită, o capacitate scăzută de autocontrol la bărbaţi găsim numai 34 subiecţi (aceasta în toate turele).

Trebuie să menţionăm că acest element — C — nu este constant ci variază în funcţie de anumite situaţii specifice ale unui mediu dat de activitate. În cazul nostru, ţinînd seama că am aplicat chestionarul la ieşirea din tură, considerăm că notele ridicate la cele 172 femei şi 34 bărbaţi au fost facilitate de dominanta profesională. În acest sens, considerăm că anumite situaţii specifice cum ar fi amenajarea locului de muncă, insatisfacţia productivă, neîndeplinirea suficientă a normelor, aprecierea insuficientă morală şi ca retribuţie materială, tensionări conflictuale de relaţii productive, stressuri fizice şi afective, pot determina o slăbiciune a forţei eului, mai ales dacă se corelează cu o structură psiho-somatică fragilă şi cu o situaţie familială deficitară.

Elementul L reprezintă în interpretarea chestionarului, cînd are valori ridicate, susceptibile de reexaminare, *lipsa sentimentului de securitate psiho-socială*, sau cunoscut astfel propehensiune sau tendinţă paranoică. Oricum, tendinţa paranoică e prea mult spus deoarece interferează spaţiul clinic psihopatologic. Mai degrabă acceptăm nesiguranţa, îndoiala, lipsa unui suport de apărare bine consolidat, ceea ce dovedeşte o scădere a conştiinţei de sine, cît şi o slăbire a forţei eului.

Acest element secundar al factorului de anxietate exprimă prin manifestarea sa o predispoziţie constituţională, ereditară şi care este inclus în anxietatea constituţională.

Scanned with OKEN Scanner

Elementul L

Tabelul nr. 5 — L — femei

Decile	Valoarea standard etalon	Tura A $14—15^{30}$	Tura B $22—23^{30}$	Tura C $6—7^{30}$	Total ture
1.	0—2	37	29	31	97
2.	3	30	29	32	91
3.	4	75	75	77	227
4.	4	0	0	0	0
5.	5	51	43	34	128
6.	5	0	0	0	0
7.	5	0	0	0	0
8.	6	51	58	52	161
9.	7	19	16	6	41
10.	8	10	7	3	20
	Total subiecţi	273	257	235	765

Tabelul nr. 6 — L — bă baţi

Valoarea standard etalon	Tura A $14—15^{30}$	Tura B $22—23^{30}$	Tura C $6—7^{30}$	Total ture
0—2	19	11	14	14
3	29	18	12	59
4	25	20	18	64
4	0	0	0	0
5	30	24	21	74
6	28	24	15	67
6	0	0	0	0
6	0	0	0	0
7	13	4	1	18
8	4	2	4	10
Total subiecţi	148	103	85	336

El este dominant în stările nevrotiforme de tip psihastenic şi neurastenic, în acelaşi timp se poate desfăşura prin instalarea sentimentului de insecuritate individuală şi socială, apărînd sub forme manifeste de susceptibilitate, suspiciune, persecuţie. În acest sens, subiecţii care au această dominantă constituţională sau dobîndită îşi construiesc sisteme de apărare neconforme cu solicitările obiective ale existenţei şi cunoaşterii. De aici, deosebirile comportamentale aberante sau deviante care nu recepţionează conştientizat capacitatea personal-relaţională de randament.

În investigţia noastră se constată că femeile prezintă stări de insecuritate personală, avînd ca sursă de întreţinere atît structura psiho-genetică, în primul rînd, dar şi deficienţele familiale şi profesionale. Aceasta în sensul insuficintei integrări familial-profesionale, datorită unor factori perturbatori, care capătă exagerări subiectiv-afective. Deci trebuie acordată multă atenţie acestui element — L — al anxietăţii, dacă este dominant, pentru reducerea tensionării afective şi sociale.

Raportat la studiul nostru se remarcă din tabelul nr. 5 că în decilele 8, 9 şi 10 sînt cuprinse 222 de femei, iar departajat pe ture: 80 femei în tura de dimineaţă, 81 femei în tura de după amiază şi 61 femei din tura de noapte.

Este firesc, într-un fel, dacă ţinem seama de suprasolicitarea activităţii feminine ca acest element să domine. La bărbaţi numărul este redus, 28 subiecţi, dintre care 17 în tura de dimineaţă, 6 în tura de după amiază şi 5 în tura de noapte.

Elementul O

Tabelul nr. 7 — O — femei

Decile	Valoarea standard etalon	Tura A $14—15^{30}$	Tura B $22—23^{30}$	Tura C $6—7^{30}$	Total ture
1.	0—8	25	23	28	76
2.	9—10	35	31	27	93
3.	11	29	29	20	78
4.	12	33	27	41	101
5	13	27	30	26	83
6.	14	36	28	35	99
7.	15	31	33	20	84
8.	16	20	16	17	53
9.	17	14	19	6	39
10.	18—24	23	21	15	59
	Total subiecţi	273	257	235	765

Tabelul nr. 8 — O — bărbaţi

Valoarea standard etalon	Tura A $14—15^{30}$	Tura B $22—23^{30}$	Tura C $6—7^{30}$	Total ture
0—5	18	10	7	35
6—7	21	6	11	48
8	7	10	10	27
9	8	8	12	28
10	28	8	8	34
11	23	11	13	47
12	12	13	7	32
13—14	23	18	13	54
15	7	6	2	15
16—24	1	13	2	16
Total subiecţi	148	103	85	336

Acest element — O — reprezintă înclinarea sau tendinţa către culpabilitate, către vinovăţie. De remarcat — ca şi în cazul elementului — L — că acest element are o stabilitate psihogenetică, făcînd parte integrantă din *anxietatea constituţională*. Această caracteristică s-a dovedit reală deoarece acest element nu este prea mult influenţat de valoarea modificărilor condiţiilor de mediu ambiant. De aici şi dificultatea terapeutică clinică, în care apar manifestări depresive, încărcate cu stări şi sentimente de nedemnitate, cu idei şi sentimente de auto-acuzare morală şi materială. Acest element trebuie să reţină atenţia în mod deosebit, mai ales că are şi o valoare a punctajului brut cea mai mare (12 itemi cu 24 puncte), în rîndul celorlalte elemente primare componente ale anxietăţii.

Se remarcă în tabelul 7 pentru femei şi în tabelul 8 pentru bărbaţi că un număr apreciabil de subiecţi au note ridicate la acest element. Astfel la femei întîlnim 151 subiecţi în decilele 8, 9 şi 10 dintre care:

Scanned with OKEN Scanner

57 în tura de dimineaţă, 56 în tura de după amiază şi 38 în tura de noapte. La bărbaţi de asemenea, numărul de subiecţi este de 85, dintre care : 31 în tura de dimineaţă, 37 în tura de după amiază şi 17 în tura de noapte. Se poate observa o proporţionalitate a repartiţiei subiecţilor pe ture la acest element atît la femei cît şi la bărbaţi, fapt ce atestă structura psihogenetică a tendinţei către culpabilitate.

Elementul Q4

Tabelul nr. 9 — Q4 — femei

Decile	Valoarea standard etalon	Tura A $14—15^{30}$	Tura B $22—23^{30}$	Tura C $6—7^{30}$	Total ture
1.	0—6	27	25	27	79
2.	7	15	17	11	43
3.	8—9	46	37	31	114
4.	10	28	22	30	80
5.	11	34	28	28	90
6.	12	37	31	28	96
7.	13	22	28	26	76
8.	14	22	21	20	63
9	15—16	33	36	26	95
10.	17—20	9	12	8	29
	Total subiecţi	273	257	235	765

Tabelul nr. 10 — Q4 — bărbaţi

Valoarea standard etalon	Tura A $14—15^{30}$	Tura B $22—23^{30}$	Tura C $6—7^{30}$	Total ture
0—5	19	11	8	38
6	13	5	9	27
7—8	29	17	14	60
9	19	6	12	37
10	18	18	11	47
10	0	0	0	0
11	21	15	10	46
12	10	15	9	34
13—14	15	6	8	29
15—20	4	10	4	18
Total subiecţi	148	103	85	336

Acest ultim element secundar — Q4 — ca parte componentă a factorului de anxietate — reprezintă tensiunea ergică şi este unul dintre elementele cele mai importante ale factorului de anxietate deoarece exprimă raportul dintre starea de anxietate şi activitate (activitatea este înţeleasă ca muncă, ca profesie). În cazul nostru de interpretare la subiecţii femei şi bărbaţi din industria textilă acest element exprimă raportul dintre stările anxioase şi randamentul profesional în funcţie de profesiunea şi locul de muncă al fiecărui subiect. Deci acest element este raportat la cele 4 profesiuni de bază din industria textilă :

1. Filatură pieptănată şi cardată ;
2. Ţesătorie preparaţii şi sala de războaie ;
3. Finisaj ţesături ;
4. C.T.C. şi mecano-energetici ;

cu specificul fiecărui atribut profesional.

Acest element are o dublă natură : psihogenetică şi poate fi dobîndit. El se dezvoltă din necesităţile, nevoile şi trebuinţele insuficient satisfăcute sau nesatisfăcute deloc. Aceste necesităţi pot fi de natură individuală, fiziologică, cum este cazul apetitului sexual cît şi de natură psiho-socială, cum este cazul nevoii de consideraţie de apreciere şi demnitate. Acest element — Q4 — în general îşi are sursa şi se dezvoltă din orice fel de trebuinţe şi necesităţi nesatisfăcute. Aceste insatisfacţii, căpătînd o valoare ridicată în răspunsurile la chestionar — se traduc printr-o tensiune nervoasă şi încordare, emotivitate excesivă, iritabilitate, nervozatite mărită, dînd naştere la tentative de agresiune verbală sau violenţă, în funcţie de dominanta de insatisfacţie. Comportamentul verbal şi de atitudine se abate de la normal. Bineînţeles că aceste stări reactive deviante solicită intervenţii de specialitate psihiatrică.

Din tabelul nr. 9 se constată în decilele 8, 9 şi 10 că sînt 64 subiecţi-femei în tura de dimineaţă, 69 în tura de după amiază şi 54 în tura de noapte, în total 187 subiecţi-femei care au această dominantă în cadrul factorului de anxietate, stînjenind îndeplinirea permanentă şi satisfăcătoare a normelor de producţie De remarcat că în cuprinsul decililor şi al turelor nu se constată diferenţieri semnificative, ci dimpotrivă, cum este în cazul decilului 8, o proporţionalitate a clasificărilor femei pe ture (decil 8, tura A este = 22 ; tura B = 21 şi tura C = 20). În schimb, la subiecţii bărbaţi se remarcă asemenea diferenţieri pe ture şi decile. Astfel în decilele 8, 9 şi 10, în tura de dimineaţă sînt 29 subiecţi-bărbaţi, în tura de după amiază — 31, iar în tura de noapte — 21. Deci în total, în decilele 8, 9 şi 10 sînt 81 subiecţi-bărbaţi în toate turele. Dacă aparent împărţirea subiecţilor pe ture şi decile diferă mult (mai ales decilele 9 şi 10), indiferent de numărul subiecţilor investigaţi pe ture. Astfel, decilul 10, pune în evidenţă, în tura de după amiază 10 subiecţi-bărbaţi a căror randament profesional este scăzut, spre deosebire de tura de dimineaţă şi tura de noapte unde sînt numai 4 subiecţi. În schimb, decilul 9, tura de dimineaţă are 15 subiecţi. Fiind unul dintre elementele cele mai importante ale factorului de anxietate, considerăm că *tensiunea ergică* — Q4 — avînd valorile cele mai ridicate îşi găseşte explicaţia în structura psihosomatică, „amenajarea“ stînjenitoare a locului de muncă la care concură şi relaţii perturbatoare de producţie.

Forma A, care exprimă anxietatea voalată, difuză, naturală sau anxietatea normală, este o formă pregătitoare şi de „antrenarea sincerităţii“ pentru forma B. Punctajul brut, (pe fiecare element) reprezintă jumătatea anxietăţii totale, generale şi este luată în consideraţie adunat la punctajul brut total şi pe elemente de la forma B pentru stabilirea anxietăţii totale şi a dominantelor pe elemente. Din tabelul nr. 11 rezultă că în tura de dimineaţă sînt 69 subiecţi-femei care prezintă anxietatea voalată, în tura de după amiază 59 subiecţi-femei, iar în tura de noapte numai 42 subiecţi-femei. În total deci, 170 subiecţi femei, încadrate în decilele 8, 9 şi 10. prezintă simptome încărcate de anxietăţi voalate ; se remarcă de asemenea, că în tura de dimineaţă sînt mai mulţi subiecţi-femei, aceasta punînd-o pe seama unei forme de oboseli psiho-somatice şi unui început de zi îngrijorat.

În tabelul nr. 12, care reprezintă forma A a etalonării decilice pentru subiecţii-bărbaţi, remarcăm, aşa cum deja am menţionat anterior că decilul 5 este un decil vid (avînd aceaşi valoare standard — 17 — cu decilul 4), transferînd subiecţii în decilul inferior, deci în decilul 4. Spre deosebire de subiecţii-femei, numărul subiecţilor bărbaţi încadraţi în decilele 8, 9 şi 10 este mai scăzut, dar proporţional pe ture. Astfel în tura de dimineaţă sînt 44 subiecţi-bărbaţi, în tura de după amiază 41, iar în tura de noapte 33. În total sînt 118 subiecţi-bărbaţi, care prezintă anxietate voalată saturată. Numai că, aşa cum se observă în tabelul 12, în decilul 10 sînt cei mai puţini 27, dar

Scanned with OKEN Scanner

Forma A — anxietate voalată, difuză

Tabelul nr. 11 — femei— forma A

Decile	Valoarea standard etalon	Tura A $14—15^{30}$	Tura B $22—23^{30}$	Tura C $6—7^{30}$	Total ture
1.	0—14	29	29	37	95
2.	15—16	19	29	32	80
3.	17	17	19	14	50
4.	18—19	52	42	38	132
5.	20	30	24	29	83
6.	21	28	32	24	84
7.	22	29	23	19	71
8.	23	19	10	15	44
9.	24—25	26	29	13	68
10.	26—40	24	20	14	58
	Total subiecţi	273	257	235	765

Tabelul nr. 12 — bărbaţi — forma A

Valoarea standard etalon	Tura A $14—15^{30}$	Tura B $22—23^{30}$	Tura C $6—7^{30}$	Total ture
0—11	10	8	3	21
12—13	10	7	4	22
14—16	30	21	25	75
17	12	7	6	25
17	0	0	0	0
18	16	12	7	35
19	26	7	7	40
20—21	22	17	17	56
22—24	13	9	13	35
25—40	9	15	3	27
Total subiecţi	148	103	85	336

diferenţiaţi semnificativ pe ture; astfel, în tura de dimineaţă sînt numai 9 subiecţi-bărbaţi, iar în tura de noapte doar 3. Cei mai mulţi, 15 subiecţi-bărbaţi sînt în tura de după amiază, iar explicaţia pe care o putem găsi constă în faptul unei „încărcări" neliniştite familiale, profesionale, precum şi a unor eforturi matinale.

Forma B cu 20 de itemi, reprezintă posibilitatea de declanşare subiectivă a trăirilor de insatisfacţie, nelinişte şi nemulţumire şi în acelaşi timp de recunoaştere a lor prin adeziune „sinceră" la răspunsurile solicitate de itemi.

Întrebările formei B a anxietăţii totale sînt astfel alcătuite încît să pună în evidenţă o simptomatolo-

Forma B — anxietate simptomatică — manifestă

Tabelul nr. 13 — femei — forma B

Decile	Valoarea standard etalon	Tura A $14—15^{30}$	Tura B $22—23^{30}$	Tura C $6—7^{30}$	Total ture
1.	0—14	28	23	30	81
2.	15—17	37	30	26	93
3.	18—19	31	35	26	92
4.	20	22	21	20	63
5.	21	19	20	17	56
6.	22—23	37	28	43	108
7.	24	19	15	17	51
8.	25—26	34	25	16	75
9.	27—29	28	21	20	69
10.	30—40	18	39	20	77
	Total subiecţi	273	257	235	765

Tabelul nr. 14 — bărbaţi — forma B

Valoarea standard etalon	Tura A $14—15^{30}$	Tura B $22—23^{30}$	Tura C $6—7^{30}$	Total ture
0—10	20	13	9	42
11—13	17	10	11	38
14	7	3	5	15
15—16	16	9	11	36
17—18	18	10	16	44
19—20	12	14	8	34
21	15	9	7	31
22—23	17	15	8	40
24—26	14	11	9	34
27—40	12	9	1	22
Total subiecţi	148	103	85	336

gie de tip „nevrotiform", a neliniştii afective şi a activităţii. În investigaţia noastră, saturaţia anxietăţii simptomatico-manifestă se prezintă astfel: 221 subiecţi-femei autoacuză forme manifeste ale anxietăţii, din care, 80 în tura de dimineaţă, 85 în tura de după amiază şi 56 în tura de noapte. Remarcăm o proportionalitate aproximativă a turei de dimineaţă cu tura de după amiază.

După criteriul decililor 8, 9 şi 10 anxietatea simptomatică manifestă se remarcă mai accentuată în tura de după amiază, datorită şi suprasolicitărilor de activitate extraprofesională (ţinînd cont de activitate casnico-gospodărească de dimineaţă). La subiecţii-bărbaţi 96 prezintă anxietate simptomatico-manifestă (după decilul 8, 9 şi 10) dintre care, 43 în tura de dimineaţă, 35 în tura de după amiază, şi 18 în tura de noapte. Spre deosebire de subiecţii-femei, la subiecţii bărbaţi în tura de dimineaţă se constată o încărcătură de suprasolicitare a activităţii profesionale, a cărui mod de „realizare" se constată în anxietatea simptomatico-manifestă.

Anxietatea totală (reunind forma A şi B) este aceea care ne indică prezenţa ei în chestionarul investigat.

De fapt, valorile anxietăţii totale impun analiza amănunţită a elementelor secundare componente, deosebite de cele două forme: A şi B. Dar, numai coeficientul anxietăţii totale ne permite să apreciem „starea de anxietate" a unui subiect prin raportarea anxietăţii simptomatico-manifeste la anxietatea voalată. Din tabelul 15 rezultă că în decilele 8, 9 şi 10 sînt cuprinşi 226 subiecţi-femei, dintre care 81 în tura de dimineaţă, 86 în tura de după amiază, şi 59 în tura de noapte. De remarcat că tot în tura de după amiază, aşa cum a reieşit şi de la forma B, sînt cei mai mulţi subiecţi femei şi mai ales în decilul

Anxietate totală (forma + forma)

Tabelul nr. 15 — femei

Tabelul nr. 16 — bărbaţi

Decile	Valoarea standard etalon	Tura A 14—15^{30}	Tura B 22—23^{30}	Tura C 6—7^{30}	Total ture	Valoarea standard etalon	Tura A 14—15^{30}	Tura B 22—23^{30}	Tura C 6—7^{30}	Total ture
1.	0—32	34	31	36	101	0—24	21	11	8	40
2.	33—35	21	25	20	66	25—28	20	8	10	38
3.	36—37	19	27	25	71	29—31	13	10	7	30
4.	38—40	42	33	36	111	32—34	13	9	21	43
5.	41	17	16	15	48	35	6	3	1	10
6.	42—43	32	20	28	80	36—39	25	15	13	53
7.	44—45	27	19	16	62	40—41	13	14	7	34
8.	46—48	34	30	27	91	42—43	14	9	4	27
9.	49—52	32	26	18	76	44—46	11	6	6	23
10.	53—80	15	30	14	59	47—80	12	18	8	38
	Total subiecţi	273	257	235	765	Total subiecţi	148	103	85	336

10 (30 subiecţi-femei), datorîndu-se aceloraşi cauze, deja menţionate.

În tabelul nr. 16, la subiecţii bărbaţi — constatăm că 88 prezintă anxietate totală (după decilele 8, 9 şi 10) dintre care 37 în tura de dimineaţă, 33 în tura de după amiază şi 18 în tura de noapte. Remarcăm, că şi la forma B, că sînt mai mulţi subiecţi bărbaţi în tura de dimineaţă, dar în decil 10 sînt mai mulţi (18 faţă de 12 în tura de după amiază).

Anxietatea totală, cu toate elementele componente analizate ne indică gradualitatea stării de anxietate. Noi am comentat numai decilele 8, 9 şi 10, însă pentru delimitarea anxietăţii care solicită o preocupare mai amănunţită, luăm drept criterii, aşa cum deja am menţionat, numai qurtilul 4, corespunzător nivelului 4 de anxietate. Deci repartizarea subiecţilor, în funcţie de valorile brute obţinute în quartil 4 şi nivel 4 de anxietate. Deci repartizarea subiecţilor, în funcţie de valorile burte obţinute în quartil 4 şi nivel 4 de anxietate ne indică în acelaşi timp şi gradientele în funcţie de quartilele pentru forma A şi B, dar totdeauna quartilul 4 pentru anxietatea totală.

În tabelele care urmează prezentăm distribuţia decilică a subiecţilor femei şi bărbaţi pe elemente, pe forme (A şi B) şi anxietatea totală. Grupele de populaţie pe care s-a aplicat chestionarul de anxietate au fost: 765 femei — Ţesătura Iaşi; 687 adolescente eleve, 15—19 ani; 149 femei — Ţesătura, în anul 1972 numai la intrarea în tura de după amiază, 13—13,45; 96 femei internate în clinica de nevroze a Spitalului „Socola" Iaşi; 37 studente de la Facultatea de psihosociologie anul II, 1972; 336 bărbaţi Ţesătura Iaşi; 371 adolescenţi — elevi 15—19 ani; 226 bărbaţi I.R.E.

După cum se constată, am aplicat chestionarul pe 2 571 subiecţi, dintre care 1 638 de sex feminin şi 933 de sex masculin, ceea ce reprezintă un eşantion semnificativ al prelucrării statistice şi în acelaşi timp al diversificării grupărilor de populaţie.

Aşa cum am menţionat la tabelele nr. 15 şi 16, interpretarea anxietăţii totale o realizăm după quartile şi nivele. În cazul chestionarului de anxietate investigat cu caracter concret aplicativ la „Ţesătura" Iaşi quartilul 4, corespunzător nivelului 4 de anxietate prezintă importanţă, deoarece întîlnim saturaţia stării de anxietate. În cadrul nivelului 4 de anxietate, luînd drept criteriu quartilul 4 al anxietăţii totale, precum şi quartilul 4 a formei A şi B cu toate modulaţiile descreşterii (numai la aceste 2 forme), noi am stabilit anumite gradiente. În funcţie de aceste gradiente (sau grade de intensitate ale anxietăţii totale saturate) am stabilit o ierarhizare a subiecţilor, aşa cum rezultă din anexele 1 şi 2 de la sfîrşitul lucrării.

Pentru moment nu comentăm compoziţia eşantionului de subiecţi (femei şi bărbaţi), care prezintă anxietate saturată (quartilul 4 şi nivelul 4); aceasta o rezervăm către sfîrşitul studiului.

Dar, aşa cum reiese din tabelul nr. 17 repartizarea quartilică a subiecţilor femei pe ture (forme A şi B) şi anxietate totală cunoaşte următoarea configuraţie, în cadrul quartilului IV.

Tabelul nr. 17

Repartizarea subiecţilor femei după quartile, ture, forma A, B şi anxietate totală

Qartile	Forma A			Forma B			Anxietate totală			Total quartile anxiet. totală
	Tura A 14—15^{30}	Tura B 22—23^{30}	Tura C 6—7^{30}	Tura A 14—15^{30}	Tura B 22—23^{30}	Tura C 6—7^{30}	Tura A 14—15^{30}	Tura B 22—23^{30}	Tura C 6—7^{30}	
I	66	77	81	79	75	63	66	73	65	204
II	82	63	69	56	54	53	67	62	70	199
III	75	67	58	74	53	66	86	56	58	200
IV	50	50	27	64	75	53	54	66	42	162
Total subiecţi	273	257	235	273	257	235	273	257	235	765

Pentru forma A întîlnim :
— 50 subiecţi femei în tura de dimineaţă ;
— 50 subiecţi femei în tura de după-amiază ;
— 27 subiecţi femei în tura de noapte.
Pentru forma B întîlnim :
— 64 subiecţi femei în tura de dimineaţă ;
— 75 subiecţi femei în tura de după-amiază ;
— 53 subiecţi femei în tura de noapte.
Deci, coeficientul de proporţionalitate dintre formele A şi B este semnificativ pentru forma B, pentru anxietate simptomatică manifestă, în cadrul căreia tura de după-amiază prezintă subiecţii cei mai mulţi, dar al cărui coeficient semnificativ ridicat îl prezintă tura de noapte.

În cadrul anxietăţii generale, totale întîlnim următoarea distribuţie a quartilului IV :
— 54 subiecţi-femei în tura de dimineaţă ;
— 66 subiecţi femei în tura de după-amiază ;
— 42 subiecţi femei în tura de noapte.
Deci, în total, subiecţii femei care solicită examinări de specialitate (psihopatologică) sînt 162. Se remarcă în cadrul organigramei fabricii că în tura de noapte sînt subiecţii cei mai mulţi (coeficientul de variabilitate 5,59) dar raportat la cele trei ture există o proporţionalitate aproximativă a repartizării subiecţilor femei, între tura de dimineaţă (5,05) şi tura de noapte (5,59).

Tabelul nr. 18

Repartizarea subiecţilor bărbaţi după quartile, ture, forma A, B şi anxietate totală

Qartile	Forma A			Forma B			Anxietate totală			Total quartile
	Tura A $14-15^{30}$	Tura B $22-23^{30}$	Tura C $6-7^{30}$	Tura A $14-15^{30}$	Tura B $22-23^{30}$	Tura C $6-7^{30}$	Tura A $14-15^{30}$	Tura B $22-23^{30}$	Tura C $6-7^{30}$	
I	41	32	29	41	22	17	45	27	18	90
II	31	16	14	33	21	36	31	21	29	80
III	61	32	25	33	33	20	33	27	22	82
IV	15	23	17	41	27	12	39	29	15	84
Total subiecţi	148	103	85	148	103	85	148	103	85	336

Tabelul nr. 18 ne oferă datele subiecţilor bărbaţi repartizaţi în quartilul IV şi nivelul 4 de anxietate generală. Pentru forma A întîlnim următoarea distribuţie :
— 15 subiecţi-bărbaţi în tura de dimineaţă ;
— 23 subiecţi-bărbaţi în tura de după-amiază ;
— 17 subiecţi-bărbaţi în tura de noapte.
Pentru forma B avem :
— 41 subiecţi-bărbaţi în tura de dimineaţă ;
— 27 subiecţi bărbaţi în tura de după-amiază ;
— 12 subiecţi bărbaţi în tura de noapte.

Raportat la coeficientul de evidenţă a formelor $\frac{B}{A}$ constatăm că şi la bărbaţi domină forma B, anxietate simptomatico-manifestă $\left(\frac{80}{55} = 1{,}45\right)$ precum am constatat şi la subiecţii femei, mult mai accentuat $\left(\frac{192}{127} = 1{,}51\right)$.
Numai că, aşa cum observăm în tura de noapte, raportul este invers, adică sînt mai puţini subiecţi la forma B decît la forma A $\left(\frac{12}{17}\right)$.

Anxietatea generală cunoaşte următoarea distribuţie :
— 39 subiecţi-bărbaţi în tura de dimineaţă ;
— 29 subiecţi-bărbaţi în tura de după-amiază ;
— 16 subiecţi-bărbaţi în tura de noapte.
Remarcăm că la subiecţii bărbaţi, tura de dimineaţă prezintă suprasolicitări evidenţiate prin anxietate generală şi manifestă (39 şi 41). În total, 84 de subiecţi-bărbaţi prezintă anxietate generală (din 336), repartizaţi în quartil IV şi nivel 4 de anxietate. Desigur, ca şi în cazul subiecţilor femei, surprindem o anumită ierarhie, în funcţie de gradientele anxietăţii saturate, mai multe decît la subiecţii femei.
Dacă în tabelele nr. 25 şi 26 am prezentat repartizarea quartilică a subiecţilor de la Fabrica „Ţesătura" Iaşi, cu specificul turelor şi a formelor anxietăţii (A şi B), precum şi al anxietăţii totale, în tabelele nr. 19

Tabelul nr. 19

Quartile	Femei Ţesătura	Adolescente	Femei Ţesătura (1972)	Femei Clinica nevroze	Studente	Bărbaţi Ţesătura	Adolescenţi	Bărbaţi I. R. E.
I.	204	156	63	2	12	90	85	144
II.	199	209	30	10	4	80	106	43
III.	200	166	37	15	7	82	110	21
IV.	162	156	19	69	14	84	70	18
Total subiecţi	765	687	149	96	37	336	371	226

şi 28 (femei şi respectiv bărbaţi) prezentăm repartiţia subiecţilor din grupele de populaţie, investigate numai sub aspectul anxietăţii totale, generale, pe cele patru quartile, corespunzător celor patru nivele de anxietate. Dar ceea ce ne interesează pe noi este quartilul IV, care confirmă o stare de anxietate generală saturată.

În tabeul nr. 27 (femei) constatăm trei situaţii deosebite ca interpretare. *În prima situaţie* sesizăm că la primele două grupări de populaţie (765 femei „Ţesătura" — Iaşi şi 687 adolescente-eleve) quartilul IV este reprezentat mai puţin numeros decît la celelalte trei, cu excepţia egalizării numărului de subiecţi (Quartil IV şi quartil I) de la gruparea adolescentelor. Dar decalajul repartiţional nu este semnificativ statistic, dacă ţinem seama că pe cele două grupări s-au făcut etaloanele (deosebite pentru femei şi pentru adolescente) şi că fiecare quartil reprezintă 25% din populaţia investigată şi etalonată. Etalonul reali-

Scanned with OKEN Scanner

zat pe subiecţii femei de la Fabrica „Ţesătura" Iaşi l-am utilizat pentru interpretarea rezultatelor la chestionar şi la celelalte trei grupe de populaţie. Astfel, întîlnim *a doua situaţie*, la gruparea subiecţilor-femei de la „Ţesătura" Iaşi la care s-a făcut investigaţia în anul 1972 (luna mai — 149 subiecţi, dintre care anulaţi — anticalcul 150). Menţionăm că investigaţia s-a realizat numai la intrarea în tura de după-amiază (spre deosebire de investigaţia noastră curentă, cînd chestionarele de personalitate — respectiv de anxietate — au fost aplicate la ieşirea din ture). Un număr de subiecţi femei (70) au participat şi la prima investigaţie (1972) şi la a doua investigaţie (1973). Ceea ce remarcăm în urma interpretării datelor după etalon, este faptul că în quartilul IV, întîlnim 19 subiecţi femei mai puţin decît în celelalte quartile (diferenţă de la 18 faţă de quartilul III şi 11 faţă de quartilul II). Raportul indicelui de prezenţă a anxietăţii pentru cele două forme este mai mare în cadrul anxietăţii simptomatico-manifeste (1,40).

O primă explicaţie din cadrul situaţiei o găsim prin însăşi modalitatea de aplicare a chestionarului la începutul turei de după amiază. O a doua explicaţie constă în faptul că deşi numărul subiecţilor din quartilul IV este semnificativ, dar nu proporţional cu numărul din celelelalte quartile, ceea ce este normal să fie aşa în funcţie de valorile brute obţinute, încărcătura anxioasă nu a fost declanşată de activitatea productivă, mai ales, după terminarea programului. Deci, ca ipoteză explicativă este justificabil să întîlnim situaţia a doua.

A treia situaţie prezintă un fenomen invers faţă de cea de a doua, cu deosebire că sînt două grupe de populaţii diferite ca organizare profesională : prima grupare o reprezintă 96 femei internate în clinica de nevroză, iar a doua grupare o reprezintă 37 studente (anul II Fac. Psiho-sociologie). Remarcăm că în quartilul IV sînt 69 subiecţi-femei (nevroze), precum şi 14 subiecţi-femei (studente). Deci, după etalonul stabilit la aceste două grupări de populaţie întîlnim în quartilul IV mult mai mulţi subiecţi decît în celelalte (vezi tabloul nr. 27). Dacă la prima grupare-nevrotică, raportul $\frac{B}{A}$ este de $\frac{21}{12} = 1{,}29$, la a doua grupare el este $\frac{11}{12} = 0{,}91$; aceasta înseamnă că anxietate simptomatico-manifestă este mai evidentă şi mai pronunţată în nevroze, în timp ce în mod normal la studente raportul este aproape egalitar. În ceea ce priveşte exprimarea anxietăţii generale pe elemente componente, la gruparea nevrotică prin sumarea decilelor 8, 9 şi 10, constatăm că Q IV — tensiunea eului — are subiecţii cei mai mulţi (70) apoi L — 63 subiecţi, O — 59 subiecţi, Q 3 — 48 subiecţi şi C — 46 subiecţi. La cealaltă grupare — studente — situaţia se prezintă astfel : L — 21 subiecţi, Q 4 — 18 subiecţi, Q 3 — 15 subiecţi, C — 12 subiecţi şi O — 7 subiecţi. Remarcăm că la ambele grupări domină două elemente componente ale anxietăţii şi anume : tensiunea ergică şi sentimentul de insecuritate personală socială. Aceste două elemente componente ale anxietăţii generale, ca mod de exprimare pe dominante le-am întîlnit şi la subiecţii-femei de la fabrica „Ţesătura" — Iaşi (L = 222 subiecţi şi Q 4 = 187 subiecţi). Deci tensiunea eului, tensiunea nervoasă împreună cu sentimentul de insecuritate personal-socială (ocazional sau de durată) are ponderea cea mai mare, raportate la celelalte elemente componente ale anxietăţii.

Această constatare se referă numai la subiecţii-femei integrate în activitatea profesională (de producţie sau de pregătire profesională), unde solicitările şi suprasolicitările profesionale, familiale şi de altă natură, converg către o tensionare a personalităţii cu o lipsă a sentimentului de securitate şi garanţie, avînd modulaţii de manifestare nevrotiformă.

La subiecţii adolescente domină tot Q 4 (187 subiecţi), dar nu mai este semnificativ L. Însă apar încă două dominante semnificative : O (167 subiecţi) — tendinţă către culpabilitate şi C (165 subiecţi) — diminuarea forţei eului şi a capacităţii de control suficient şi echilibrat.

Aceste particularităţi pe elemente dominante ale anxietăţii generale sînt caracteristice adolescenţei în perioada de dezvoltare a personalităţii.

În cadrul acestor constatări se impune o observaţie ; s-a remarcat că anxietatea generală este mai încărcată la subiecţii care au o pregătire generală intelectuală evoluată şi că elementele componente care domină sînt : tensiunea personalităţii cu lipsa de securitate sau de apărare personală. Această observaţie este valabilă pentru subiecţii-femei.

La subiecţii-bărbaţi din cele trei grupări investigate, desprindem că elementele componente ale anxietăţii generale care domină sînt următoarele :

— bărbaţi — Ţesătura : Q 3 (94 subiecţi), O (85 subiecţi) şi Q 4 (81 subiecţi) ;

— adolescenţi : Q 4 (90 subiecţi), O (85 subiecţi), Q 3 (75 subiecţi) ;

— bărbaţi I.R.E. : Q 4 (27 subiecţi), O (24 subiecţi) şi L — 22 subiecţi.

Deci, Q 4, tensiunea ergică, este elementul component dominant al anxietăţii, indiferent de sex, vîrstă, profesie şi specificul locului de muncă. Specific subiecţilor bărbaţi este elementul O, tendinţa către culpabilitate, spre deosebire de subiecţii-femei, cărora le este specific elementul L — lipsa de securitate şi apărare.

S-a confirmat, prin aplicarea chestionarului de anxietate, că elementul cel mai important al anxietăţii generale este Q 4, tensiunea ergică, care influenţează considerabil randamentul activităţii profesionale, fiind în acelaşi timp sensibil la tratament medical psiho-socio-terapeutic şi la ambianţă socială. Dar ceea ce am constatat noi este foarte important atît pentru conducerea ştiinţifică şi organizată a procesului de producţie, pentru creşterea randamentului şi eficienţei economice, cît şi pentru măsurile de apărare şi psihoprofilaxie a personalităţii pentru ameliorarea condiţiilor esenţiale.

În primul rînd, am constatat că pentru subiecţii-femei este specific elementul L. Ori, ştim că acest element component al anxietăţii generale face parte din structura personalităţii, fiind condiţionat psihogenetic, dar cauzal socio-genetic. Sentimentul de insecuritate şi lipsă de apărare, chiar dacă se înlătură cauzele care l-au produs, se menţine şi este puţin sensibil la tratamentul medical şi psiho-terapeutic.

În al doilea rînd, am constatat că pentru subiecţii-bărbaţi este specific elementul O, adică înclinarea şi tendinţa către culpabilitate. Acest sentiment de vinovăţie, la fel ca în cazul L, este puţin sensibil la tratamentul medical şi se stabilizează chiar şi în cazul schimbării condiţiilor de mediu, fiind condiţionat psiho-genetic.

Ţinînd seama de constatările noastre, se impun anumite măsuri pentru subiecţii cu aceste trei dominante ale elementelor anxietăţii generale, măsuri care să preîntîmpine „nevrozitatea" şi internarea în spitalul de psihiatrie şi în acelaşi timp pentru ameliorarea condiţiilor locului de muncă, pentru crearea unei ambianţe de satisfacţie profesională, pentru desensibilizarea surselor de conflict ; drept urmare, se realizează o mai bună integrare productivă şi o mai ridicată capacitate de efort subiectiv, evidenţiindu-se prin creşterea productivităţii muncii şi a eficienţei economice.

Prezentăm, în continuare, aprecieri comparative dintre etalonul francez şi etaloanele realizate de noi. Dar, înainte de acestea, sîntem nevoiţi să amintim imensa muncă de rutină a calculelor statistice în cele

Scanned with OKEN Scanner

trei etape fundamentale ale chestionarului de anxietate: etalonarea, frecvenţa itemurilor şi corelaţiile, în absenţa maşinilor de calcul.

Procedura etalonării — prin metoda decilo-quartilică — este cea clasică, găsită în orice manual de statistică psihologică. În spiritul probităţii cercetării, o prezentăm printr-un exemplu al anxietăţii totale la cele 765 subiecţi-femei de la Fabrica „Ţesătura" Iaşi.

	X	n	f. c.	X. i	nxi
1.	18—23	10	10	20,5	205
2.	24—29	45	55	26,5	1192,5
3.	30—35	110	165	32,5	3575
4.	36—41	234	399	38,5	9009
5.	42—47	203	602	44,5	9033,5
6.	48—53	112	714	50,5	5656
7.	54—59	41	775	56,5	2316,5
8.	60—65	10	765	62,5	625

Total 31612,5

$$\text{Media aritmetică} = \frac{31 \cdot 612,5}{765} = 41,32$$

în care intervalul de clasă este 6, numărul de clase este 8; X reprezintă limita intervalului de clasă, n este numărul de subiecţi distribuiţi pe intervale, f.c. este frecvenţa cumulată, X.i. reprezintă X central (sau adunarea extremelor pe clase şi împărţite la 2), iar n.x.i. reprezintă produsul dintre frecvenţă şi x central. Însumînd valorile lui n x i şi împărţite la numărul de subiecţi, aflăm media aritmetică.

După aflarea procentajului grupării de subieţi (10%, 20%, 25%, 30% etc. din 765) am folosit formula:

$$Li + \frac{\text{Dif. \%} - Xi}{fi}$$

(adică, limita inferioară a intervalului + diferenţa dintre procentajul de subiecţi — cifre brute — şi frecvenţa cumulată anterior înmulţită cu intervalul de clasă, împărţită la frecvenţa intervalului posterior).

Stabilind etaloanele (a se vedea toate tabelele), iar în cazul nostru exemplificat — tabelul nr. 15.

Comentariile care urmează se referă numai la subiecţii (femei 162 şi bărbaţi 84) care au o simptomatologie anxioasă de tip nevrotiform, aşa cum a reieşit din distribuţiile obţinute ale anxietăţii totale saturate (quartil IV şi nivel 4 de anxietate).

În ceea ce priveşte raportul dintre *anxietatea generală, vîrstă şi ture*, la subiecţii-femei întîlnim următoarea desfăşurare luînd criteriul vîrstei din 5 în 5 ani:

Vîrsta	Tura de dimineaţă	Tura de după-amiază	Tura de noapte	Total
20—25	13	25	20	58
26—30	6	6	4	16
31—35	8	5	2	15
36—40	10	12	8	34
41—45	10	11	6	27
46—50	2	6	2	10
51—55	1	1	0	2
Total	54	66	42	162

Se constată diferenţierea a trei grupe de vîrstă, în ordinea aglomerării subiecţilor (20—25 ani = 58 subiecţi; 36—40 ani = 34 subiecţi; 41—45 ani = 27 subiecţi). Aceste grupări de vîrstă, cu aglomerarea subiecţilor le vom constata şi pe parcurs. Înseamnă că între 20 şi 25 ani întîlnim situaţii şi reacţii frecvente de anxietate saturată; particularităţile de vîrstă, căutarea stabilizării profesionale şi mai ales „a închegării familiale" îşi pun amprenta în mod deosebit asupra acestei perioade de vîrstă.

Perioadele de vîrstă 36—40 ani şi 41—45 ani cunosc şi ele particularităţile specifice în sensul că preocupările familiale şi cele de sănătate ocupă un rol important şi determinant în aceste perioade de vîrstă.

De remarcat că şi la subiecţii-bărbaţi constatăm aceleaşi perioade de vîrstă ca fiind raportate direct cu reacţile anxioase temporare sau de durată, după cum urmează:

Vîrsta	Tura A	Tura B	Tura C	Total
20—25	3	8	7	18
26—30	4	4	0	8
31—35	5	4	0	9
36—40	14	5	2	21
41—45	8	3	4	15
46—50	6	3	0	9
51—55	3	1	0	4
Total	43	29	15	84

Referindu-ne la raportul dintre *anxietatea generală saturată pe gradiente şi vîrstă*, atît la subiecţii-femei, cît şi la subiecţii-bărbaţi constatăm aceleaşi grupări de vîrstă — după cum urmează:

Gradiente femei

Vîrsta	1	2	3	4	5	6	7	8	Total
20—25	17	21	7	0	10	1	1	1	58
26—30	2	6	5	0	2	0	1	0	16
31—35	8	2	2	0	1	1	1	0	15
36—40	10	14	2	0	4	0	2	0	34
41—45	10	8	4	2	5	0	0	0	27
46—50	0	6	0	1	3	0	0	0	10
51—55	1	1	0	0	0	0	0	0	2
Total	48	58	20	3	25	2	5	1	162

Gradiente bărbaţi

Vîrsta	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Total
20—25	9	4	5	0	0	0	0	0	0	18
26—30	5	1	1	0	0	0	0	0	1	8
31—35	5	0	1	0	2	0	0	0	1	9
36—40	6	8	2	1	0	2	1	1	0	21
41—45	5	4	3	1	2	0	0	0	0	15
46—50	2	4	1	1	0	1	0	0	0	9
51—55	1	1	1	1	0	0	0	0	0	4
Total	33	22	14	4	4	3	1	1	2	84

Deoarece accesibilitatea perceperii imediate a gradientelor (intensităţilor) în cadrul anxietăţii generale saturate, prezintă unele dificultăţi în ceea ce priveşte criteriul de stabilire ierarhică a gradientelor, prezentăm în continuare raportul dintre stabilirea gradientelor şi ture, după formulele A, B şi total, în cadrul anxietăţii generale saturate, pentru a face mai comodă interpretarea.

Se remarcă suficient că în stabilirea gradientelor am luat drept criteriu comun quartilul IV şi nivelul

Scanned with OKEN Scanner

Gradientul	Forma A	Forma B	Total	Subiecţi-femei				Subiecţi-bărbaţi			
				Tura A	Tura B	Tura C	Total	Tura A	Tura B	Tura C	Total
1	IV	IV	IV	16	21	11	48	10	11	5	26
2	III	IV	IV	26	20	12	58	14	6	5	25
3	IV	III	IV	8	9	3	20	6	7	4	17
4	III	III	IV	2	0	1	3	5	0	0	5
5	II	IV	IV	3	10	12	25	3	1	0	4
6	IV	II	IV	3	0	2	5	1	1	0	2
7	I	IV	IV	1	1	0	2	1	2	0	3
8	I	III	IV	0	0	1	1	1	0	0	1
9	III	II	IV	0	0	0	0	1	0	0	1
Total				59	61	42	162	42	28	14	84

4 de anxietate în cadrul anxietăţii generale (a se vedea la total), dar pentru diferenţiere am ţinut seama de quartilul celor două forme A şi B. Desigur că, diferenţierea pe gradiente poate fi îmbunătăţită dacă se ţine seama absolut ca şi forma B (anxietatea simptomatico-manifestă) să aibă quartilul IV, dar atunci s-ar confunda cu anxietatea generală saturată, iar diferenţierile ar rămîne numai pentru forma A (anxietate voalată). Dar cum varietatea combinării quartilelor de la acele forme este diferenţiată aşa cum ne-a reieşit nouă, în interpretarea pe vîrste şi ture, considerăm că gradientele stabilite de noi au un suport de acoperire reală.

Dacă întregim interpretarea psihomertică, atunci putem prezenta şi raportul dintre anxietatea generală saturată (pe forme), ture şi decile (8, 9 şi 10) după cum urmează :

Decile	Subiecţi-femei			Subiecţi-bărbaţi		
	Forma A	Forma B	Total	Forma A	Forma B	Total
Tura A						
10	20	17	17	7	11	15
9	7	16	30	10	13	10
8	8	13	7	10	8	17
Tura B						
10	15	36	29	13	9	16
9	15	12	26	6	7	6
8	5	12	11	6	7	6
Tura C						
10	10	17	14	2	1	7
9	7	11	17	7	7	6
8	3	6	11	4	3	1
Total	90	140	162	62	66	84

Făcînd diferenţierea subiecţilor, bărbaţi şi femei, numai pe decile, forme şi anxietate generală saturată, atunci obţinem următoarea situaţie :

Decile	Subiecţi-femei			Subiecţi-bărbaţi		
	Forma A	Forma B	Total	Forma A	Forma B	Total
10	45	70	60	22	21	38
9	29	39	73	23	27	22
8	16	31	29	17	18	24
Total	90	140	162	62	66	84

Dacă subsumăm gradientele intensităţilor decilice de anxietate, atunci putem stabili *trei grade de intensitate* a anxietăţii generale saturate, în ordinea simptomatologiei nevrotiforme de agravare şi de eşec adaptativ astfel (a se vedea şi tabelul nr. 39) şi simptomatologia anxioasă) :

gr. 1 = 60 subiecţi-femei	38 subiecţi-bărbaţi
gr. 2 = 73 subiecţi-femei	22 subiecţi-bărbaţi
gr. 3 = 29 subiecţi-femei	24 subiecţi-bărbaţi

Considerăm că stabilirea gradientelor în cadrul anxietăţii generale saturate exprimă mai detaliat şi adaptativ astfel (a se vedea şi tabelul nr. 39) şi simptomatologia anxioasă) :

Un ultim aspect pe care îl considerăm important este acela care priveşte raportul dintre anxietatea generală saturată şi profesii (cu locurile de muncă nespecificate amănunţit), diferenţiate pe ture şi sex.

La subiecţii femei raportul dintre profesie, ture şi anxietate se prezintă astfel :

Profesia-secţia	Tura A	Tura B	Tura C	Total
Ţesătorie	14	12	18	44
Filatură (cardată pieptănată	29	34	24	87
Finisaj	7	8	0	15
C. T. C.	4	12	0	16
Total	54	66	42	162

Se constată că grupul de profesii cel mai aglomerat cu subiecţii femei face parte din gruparea Filatură (cardată, pieptănată etc.), api Ţesătorie şi C.T.C.

La subiecţii bărbaţi aglomerarea cea mai mare o întîlnit la grupul de profesii *„întreţinere"*, apoi *ţesătorie, filatură* pe care noi le-am integrat grupării mecano-energetic.

În ceea ce priveşte corelaţia înjumătăţită a chestionarului de anxietate (forma A şi forma B) ea s-a arătat semnificativă la populaţia investigată de noi.

Toate interpretările obţinute de pe urma investigăriii chestionarului de anxietate au o valoare reală şi concluziile pot intra în atenţia forurilor de conducere şi organizare a producţiei împreună cu măsurile de psiho-profilaxie, deoarece am constatat existenţa unei forme industriale a anxietăţii, care fiind saturată perturbă echilibrul personal şi de producţie.

Scanned with OKEN Scanner

CONCLUZII

Chestionarul de anxietate (40 itemi) etalonat pe 765 subiecţi femei şi 336 subiecţi-bărbaţi de la întreprinderea „Ţesătura" — Iaşi s-a dovedit a fi una din modalităţile demne de încredere pentru a surprinde stările de anxietate voalată şi manifestă. Chiar dacă anxietatea generală poate fi evidenţiată cu chestionarul folosit (al lui R. B. Cattell), în grupări de populaţie poliforme, prin corelaţia înjumătăţită (0,65) semnificativă, se constată şi o formă industrială a anxietăţii.

Elementele componente ale anxietăţii: conştiinţa de sine, forţa eului, securitatea personală şi socială, tendinţa către culpabilitate, tensiunea ergică (nervoasă) sînt puse în evidenţă izolat, corelat, sub forma anxietăţii voalate, manifeste şi totale. Aceste constatări sînt raportate la ture, sex, vîrstă şi profesie.

Rezultatele investigaţiei, după interpretarea statistică, confirmă că 162 subiecţi-femei şi 84 subiecţi-bărbaţi au coeficientul de saturaţie al anxietăţii cel mai evident (quartil 4 şi nivel 4 de anxietate). În cadrul nivelului 4 de anxietate am stabilit gradientele (intensităţile) anxietăţii, la subiecţii distribuiţi (9 la femei şi 7 la bărbaţi).

Pentru forma A

Se constată că în *tura de dimineaţă* (6—14) *sînt mai mulţi subiecţi femei* (69 subiecţi) *care prezintă simptome încărcate* (decile 8, 9 şi 10) *de anxietate voalată;* acesta se poate explica prin forma unei oboseli specifice feminine, de natură psiho-somatică, precum şi prin îngrijorarea unui început de zi (atît profesional cît şi familial), cît şi de altă natură.

La subiecţii-bărbaţi există o proporţionalitate decilică (8, 9 şi 10) a repartiţiei pe ture, dar se remarcă în tura de după-amiază (14—22) că în decilul 10 sînt 15 subiecţi-bărbaţi care prezintă simptome saturate (maxime) de anxietate voalată. Explicaţiile pot fi găsite în structura psiho-somatică astenizată însoţită de forme difuze de oboseală ale „eului" îngrijorat de dimineaţă.

Pentru forma B — adică pentru *anxietatea simptomatico-manifestă* raporturile de ture sînt invers ca la forma A.

Astfel *în tura de după-amiază* (14—22) întîlnim cei mai mulţi subiecţi-femei (85) care acuză o simptomatologie de tip nevrotiform (dintre care 39 în decil 10).

La subiecţii bărbaţi, dimpotrivă, *tura de dimineaţă* (6—14) este mai aglomerată (43 subiecţi în decilele 8, 9 şi 10) dintre care 12 în decilul 10). Explicaţia constă atît în structura psiho-somatică cît şi suprasolicitarea profesională în fluxurile complexe.

Pentru anxietatea totală (A + B).

În cadrul *anxietăţii generale* întîlnim aceleaşi ture de „încărcătură anxioasă" ca la forma B, simptomatico-manifestă. Astfel, pentru *subiecţii-femei* (86) *tura de după-amiază* (14—22) este aceea care reprezintă surse de întreţinere anxioasă (sînt 30 subiecţi-femei numai în decilul 10, deci cu o simptomatologie foarte puternic accentuată de tip „nevrotiform").

La subiecţii-bărbaţi, tura de dimineaţă (6—14) este acea care permite un coeficient ridicat, maxim, al anxietăţii generale (sînt 37 subiecţi bărbaţi, dintre care 12 în decil 10); în acelaşi timp remarcăm că şi în *tura de după-amiază* (14—22) întîlnim un număr relativ de subiecţi-bărbaţi (33) dintre care 18 sînt cu simptome puternic conturate ale anxietăţii generale.

ASPECTE PRIVIND TULBURĂRILE DE PERSONALITATE ÎN EXPUNEREA CRONICĂ LA SULFURA DE CARBON

Gh. Bălăceanu

Institutul de Igienă şi Sănătate Publică — Iaşi

Ţinînd cont de faptul că în diferite studii efectuate pe muncitori expuşi la sulfură de carbon se menţionează printre efectele acestei expuneri şi instalarea sau agravarea unor tulburări psihice majore, am încercat să surprindem un tablou al tulburărilor de personalitate la această categorie de muncitori.

În acest sens am luat în studiu un eşantion de 123 de muncitori cu o medie de vîrstă de 38 de ani (19—55 ani) şi o vechime medie de 10,2 ani (de la 2 la 16 ani) de la o secţie de celofibră unde degajările de sulfură de carbon sînt prezente. Întrucît unele cercetări (J. Kovarick, J. Jindrichova, A. Simko) consideră că atunci cînd nu este depăşită CMA, starea de sănătate a femeii nu este afectată mai mult decît cea a bărbatului, am luat în studiu numai bărbaţi întrucît la aceştia apar şi tulburări de libido, care pot avea rezonanţă în psihismul acestora.

Metodologie

S-a utilizat chestionarul Psychorater adaptat după francezi, conţinînd 236 de întrebări care explorează trei domenii: domeniul familial şi adaptarea la acest mediu, integrarea socială la vîrsta adultă şi structura psihologică şi psihopatologică. Partea principală a testului îşi propune să identifice constituţia caracterologică a subiectului, cu tendinţele sale principale, pe de altă parte căutînd să depisteze manifestările morbide cele mai frecvent întîlnite în această patologie de frontieră. De asemenea, explorează şi antecedentele neurologice şi psihiatrice esenţiale, personale sau familiale şi în particular manifestările comiţiale şi sechelele traumatismelor craniene, ambele generatoare de perturbaţii psihologice. Cu ajutorul unei notaţii globale subiecţii se diferenţiază statistic semnificativ în trei categorii de populaţie: 1) normalul (cu o constituţie psihologică stabilă, armonioasă, al cărui echilibru a rezistat neprevăzutului, rezistenţă care oferă garanţia adaptării la solicitările viitorului); 2) fragilul (a cărui structură psihologică e alterată fie constituţional, fie cel mai adesea prin traumatisme psihologice suferite în trecut, care-l fac să aibă un echilibru instabil care poate favoriza apariţia simptomelor nevrotice); 3) subiectul atins de tulburări de personalitate (care face să sufere anturajul de pe urma inadaptării sale, care poate fi legată de o afectare psihosomatică, nevroză sau psihoză, cazul său justificînd o consultaţie psihiatrică de specialitate.

Rezultate şi discuţii

În urma prelucrării globale, am obţinut: normali 23,5%, fragili 17,2%, cu tulburări de personalitate 59,3%.

Din analiza distribuţiei subiecţilor după vîrstă (vezi graficul 1) observăm că numărul celor cu tulburări de personalitate creşte pînă la vîrsta de 44—48 de ani, apoi începe să scadă mult pînă la vîrsta de 54—58 ani. Acelaşi lucru, se observă şi din distribuţia după vechime profesională (vezi graficul 2), unde numărul celor cu tulburări de personalitate creşte pînă la o vechime de 10 ani, cînd începe să scadă uşor, iar numărul normalilor creşte uşor. Explicaţia

Scanned with OKEN Scanner

s-ar putea afla fie în faptul că odată cu înaintarea în vîrstă şi vechime, procentul muncitorilor scade din diverse motive, fie că ar fi vorba de anumite particularităţi individuale de rezistenţă la expunere în sensul că dacă după 10 ani de expunere subiectul nu a făcut încă tulburări psihice, riscul de a le face în viitor ar fi mai redus. În această direcţie se impune un studiu aparte.

Analizînd distribuţia celor ce depăşesc pragul considerat drept prag de normalitate (N) şi punctajul considerat drept limită spre manifestările patologice (P) observăm că cei cu tulburări de personalitate deţin superioritatea procentajelor la aproape toate tulburările psihice redate în graficul 3, pe primele locuri situîndu-se simptomele psihiatrice, astenie-hipocondrie, anxietate, depresie, neadaptare socială.

Calculînd corelaţiile dintre vîrstă + vechime şi numărul de tulburări psihice rezultate din aplicarea testului la lotul normalilor, fragililor şi al celor cu tulburări de personalitate, am obţinut un coeficient de +0,12 nesemnificativ la normali, +0,53 la fragili, semnificativ la Ps 0,05 şi +0,32 la cei cu tulburări de personalitate, semnificativ la Ps 0,01.

Remarcăm faptul că numărul celor cu antecedente psihotraumatizante este aproape egal cu numărul celor cu tulburări de personalitate şi că pe lîngă tulburările psihice, 34,7% prezintă tulburări în sfera sexuală. Am putea afirma de asemenea că dintre manifestările morbide predominante sînt simptomele psihiatrice (impulsivitate 41,4%, idei de delir 31,7%, simptome de schizofrenie 27,6%, halucinaţii 24,7%, depresie 23,5%, idei de persecuţie 13% şi culpabilitate 4%), şi tendinţe isterice, astenie-ipohondrie şi anxietate.

Concluzii

Faptul că numărul celor care au suferit în antecedente traume psihice, este aproape egal cu numărul subiecţilor atinşi de tulburări de personalitate (66), respectiv (73) şi ţinînd cont de faptul că nici un subiect cu antecedente nu este normal din datele noastre şi cunoscînd că expunerea la sulfură de carbon facilitează apariţia prematură a sindromului astenovegetativ, am putea conchide că asupra subiecţilor a căror istorie psihologică nu duce lipsă de situaţii psihotraumatizante, sulfura de carbon va avea o acţiune favorabilă apariţiei simptomelor nevrotice mai precoce şi mai intense decît la alţii, concluzie care ar putea să ne indice necesitatea unui examen psihologic la angajare axat pe această problemă.

De asemenea, corelaţia semnifictivă dintre vîrstă + vechime şi numărul de tulburări psihice la subiecţii cu tulburări de personalitate şi fragili, ne poate conduce la ideia că vîrsta asociată cu expunerea îndelungată la toxic favorizează agravarea simptomelor nevrotice. Pentru a putea stabili însă cu precizie dacă şi în ce măsură contribuie expunerea cronică la sulfură de carbon la instalarea unor tulburări psihice majore, se impune un studiu longitudinal pe subiecţi de ambe sexe, prin testări periodice începînd de la angajare şi luîndu-se în studiu şi influenţa factorilor extraprofesionali generatori de perturbări în planul psihic, totul comparativ cu un lot martor.

A number of 123 workers from a section of artificial fibres with an average age of 38 years and an occupational stage of 10,2 years, were investigated through a checklist (psychorater). The results obtained by an overall analysis of this checklist showed: normal behaviour 23,5%, fragile 17,2% and abnormal behaviour (personality disturbances) 59,3%.

The principal morbind symptoms detected by this test were as follows: psychologic symptoms, hysterical behaviours, astheno-hypochondria, anxiety, depression, social inadaptation and sexual disturbances.

The majority of these workers with personality disturbances had psychic traumata in their histories. It means that CS_2 associated with psychic trauma promotes the appearance of neurotic symptoms. In the same time there is a positive correlation between worker's age and occupational stage and psychic disturbances.

OPŢIUNEA PROFESIONALĂ ŞI ADAPTAREA LA MEDIUL UNIVERSITAR A UNUI LOT DE 100 STUDENŢI

Viorica Stănculescu

— Spitalul studenţesc unificat — Cluj-Napoca

Opţiunea profesională a studenţilor a constituit o preocupare veche a noastră, deşi interesul se referea în special la corolarele sale tangente cu psihopatologia, fiind depăşit momentul intervenţiei profilactice.

Am remarcat în general o mai mare seriozitate în deliberare la tinerii din cele mai recente promoţii, legată desigur de noile reglementări survenite în ultimul timp în învăţămîntul liceal, postliceal şi profesional.

Temă majoră a politicii noastre de stat, pregătirea tineretului pentru muncă şi viaţă apare bogat dezbătută în presă, radio şi T.V., oferind material de meditaţie fructuoasă celor avizaţi a se angaja pe un făgaş profesional.

În cadrul unei anchete psiho-sociale efectuate pe un lot de 100 de studenţi nevrotici, problema opţiunii profesionale ne-a furnizat un material informativ demn de comentat, sugestiv şi convingător în ce priveşte ponderea acestui act în echilibrul psihic ulterior.

Dintre cei 100 de subiecţi, marea majoritate (72) au declarat că s-au orientat în alegerea profilului de învăţămînt superior după aptitudini, preferinţe sau talent. Mulţi au răspuns la întrebare cu uşurinţă, trecînd cu oarecare nepăsare peste aspectul de responsabilitate al problemei şi vădind astfel un grad de imaturitate; au dat impresia că, de fapt, nu s-au gîndit sau nu au realizat importanţa momentului de decizie. În contrast cu ei, cîţiva studenţi au descris dilema de proporţii supradimensionate pe care au trăit-o în perioada deciziei; era vorba mai ales de elevi bine dotaţi intelectual, înzestraţi atît pentru matematici, cît şi pentru disciplinele umaniste şi cu anumite trăsături psihastenice.

Desigur că se poate încerca, în relaţie cu reacţia faţă de momentul semnificativ al opţiunii profesionale, întocmirea unei schiţe a profilului psihologic, întîlnindu-se, cum am arătat, personalităţi imature (cel mai adesea), tineri cu latenţe psihastenice (cu dificultăţi exagerate de decizie), sau psihopatoide (ca în cazul încercărilor repetate ani de zile de a intra la o facultate, între timp rămînînd în postura comodă şi neproductivă de candidat întreţinut de părinţi sau de soţi. Cel mai nedescurajat s-a dovedit un student cu 10 examene de admitere la o facultate cu profil artistic, personalitate psihopată cu mare potenţial perturbator). Atitudini de nuanţă isteroidă, infantilă, am găsit la cîteva fete care şi-au ales facultatea din spirit de imitaţie a colegilor mai dotaţi, sau pentru a face impresie bună unor parteneri, sau, din spirit

de frondă, după modelul „cap sau pajură". Mai rar se întîlneşte situaţia în care un handicap fizic îngustează aria posibilităţilor de alegere, în raport cu deficitul motor. Există, din păcate, şi varianta impunerii de către părinţi a unui anumit profil de învăţămînt, cu care tînărul nu este de acord. Am asistat în astfel de cazuri la dezvoltări nevrotice sau psihopat-revendicative care au dus cu timpul la conflicte prelungite în familie şi la nerealizare pe plan profesional.

Fără a intenţiona să avansăm o apreciere insuficient motivată, considerăm totuşi că în starea nevrotică a celor 100 de subiecţi testaţi, în dificultăţile lor de adaptare la mediul universitar, un element favorizant l-a constituit şi defectuoasa manieră în care s-au lansat pe calea formativ-profesională, superficialitatea şi uşurinţa cu care au abordat învăţămîntul superior, fără a ţine seama de realele lor aptitudini. Desigur, cunoaşterea aptitudinilor nu este o problemă simplă şi s-a dovedit că adesea nici notele, nici testele de aptitudini sau cele psihometrice nu dau certitudini în această direcţie. Ele sînt totuşi orientative şi trebuiesc coroborate cu observaţiile profesorilor, diriginţilor, educatorilor, ca şi cu discuţii cu elevii. De asemenea, psihogramele şi psihosociogramele, adevărate inventare ale personalităţii, pot detecta anumite aptitudini, diferenţiate după profile profesionale, prin includerea de iteme specifice. O atenţie specială se acordă de către psihologia modernă detectării şi formării aptitudinilor ştiinţifice. D. V. Mackinon a relevat rolul trăsăturilor de personalitate în dezvoltarea aptitudinilor ştiinţifice, arătînd că adolescenţii cu capacităţi creatoare tind să fie autodisciplinaţi, bine integraţi, că atît disciplina cît şi autocontrolul trebuie învăţate de timpuriu şi folosite ulterior cu flexibilitate şi nu în mod rigid. Nu s-a confirmat opinia după care adolescenţii creatori ar fi necontrolaţi, neconvenţionali şi nonconformişti.

În afară de o bună cunoaştere a potenţialului tineretului, sistemul orientativ trebuie completat şi în direcţia inversă, adică elaborarea de profiluri psihologice şi fiziologice ale diferitelor profesii (monografii profesionale), din care au început să apară, în scopul unei mai bune informări şi a unei rezultante optimale între profilul individual şi cel profesional.

Pentru a rezuma problema orientării profesionale cu referire în special la învăţămîntul superior, vom reaminti greşelile care s-au făcut în trecut în această direcţie :

— necunoaşterea potenţialului, capacităţii şi aptitudinilor elevilor ;

— nesocotirea aspiraţiilor şi motivaţiilor lor ;

— ignorarea necesităţilor social-economice în materie de cadre ;

— necoroborarea intereselor candidaţilor cu cele colective ;

— dirijarea spre anumite profesii după criterii de modă, ambiţii familiale, sau alte perspective înguste ;

— necunoaşterea profesiilor în toate dimensiunile lor ;

— lipsa de specialişti în materie de selecţie şi orientare, ca şi a instrumentelor de apreciere a aptitudinilor ;

— lipsa de preocupare pentru dezvoltarea aptitudinilor în şcoala generală.

În contrast cu aceste erori, în prezent se abordează tot mai ştiinţific selecţia profesională, prin cabinetele şcolare de orientare conduse de psihologi, urmărindu-se conjugarea intereselor şi opţiunilor individuale cu necesitatea socială de cadre calificate şi diversificate. În această perspectivă, orientarea profesională se face zi de zi tot mai mult în raport cu :

— aptitudinile şi capacităţile individuale, apreciate concentric de echipa : profesor, diriginte, psiholog, părinte ;

— aspiraţiile şi motivaţia subiectului (vocaţia) ;

— cunoaşterea cît mai completă a profesiei alese ;

— acordarea preferinţelor personale cu necesitatea de cadre pe plan naţional ;

— transformarea conceptului static de alegere vocaţională în conceptul dinamic de dezvoltare vocaţională.

Toate aceste elemente conduc la concluzia că problema orientării profesionale trebuie concepută într-o manieră suplă şi comprehensivă, într-un climat educaţional „prin muncă şi pentru muncă", în scopul integrării sociale active şi adaptate a tineretului nostru.

Between the first deliberated attitudes of the teenagers, the professional choice constitutes an important moment, which is often treated with superficiality and can produce later inadaptation or neurosis.

In the past, the problems of the professional choice were ignored and the aptitudinal potential of the youth insufficiently known.

In our days there are offices of professional orientatin, which try to harmonize the individual aptitudes with the social necessities.

Out of the 100 examinated neurotic students, resulted that in the period of the orientation towards universities, they presented :

— an underlined immaturity ;

— an exaggerated and prolonged indecision ;

— a psyhopathic-egophilic attitude on a defficient intellectual field ;

— or a hysteroid comportament with poor or infantiled motivations.

The author believes that the wrong professional orientation was one of the reasons which produced the later neurosis to the 100 students.

VALOAREA PSIHOTERAPIEI ÎN PROCESUL DE RESTRUCTURARE A PERSONALITĂŢII LA MUNCITORII SUBTERANI

Mariana Bobiş, I. Suciu

— Clinica de boli profesionale — Cluj-Napoca

Fiinţa umană este azi mai expusă decît oricînd unor agenţi traumatizanţi fizici, chimici, psihici. Mecanismele de apărare ale organismului sînt extrem de variate în raport cu structura personalităţii, cu mecanismul de acţiune al agenţilor, cu durata de acţiune a agenţilor stressanţi. Bolile profesionale constituie întrutotul consecinţele acestor agenţi traumatizanţi.

Majoritatea afecţiunilor din clinica noastră au o accentuată componentă psihogenă, fie prin acţiunea directă a toxicelor asupra SNC, fie indirect prin acţiunea prelungită a stărilor emoţionale, teama de boală, teama de moarte în silicoză.

Mecanismul de intrare în boală, reacţiile la boală şi acceptarea stării de boală sînt diferite, în raport cu structura personalităţii premorbide, gravitatea şi evoluţia afecţiunii.

Evoluţia afecţiunii produce o accentuare şi uneori o dezorganizare a structurii personalităţii, astfel se formează diverse deprinderi vicioase. Impulsivitatea structurală se transformă în impulsivitate şi agresivitate patologică. De exemplu un bolnav plînge şi

Scanned with OKEN Scanner

relatează că soţia lui nu mai are dinţi în gură, nu-şi dă seama cînd şi cum a devenit atît de nervos şi necontrolat încît la orice stare de nemulţumire automat îşi loveşte soţia peste gură. Un alt bolnav hiperperseverent, hipermeticulos îşi exasperează soţia cu pretenţii şi observaţii exagerate, la un moment dat soţia epuizată de observaţiile interminabile ale soţului îi aruncă în faţă o oală cu apă fierbinte. Am putea cita numeroase astfel de cazuri.

În cadrul examenului psihologic am căutat să identificăm „cum" şi „cît" este afectată personalitatea.

În funcţie de aceşti parametri aplicăm metodele de psihoterapie individuale şi/sau colective.

Psihoterapia individuală se realizează în cadrul examenului psihologic şi în discuţiile psihoterapeutice individuale. Prin aceste discuţii am permis pacientului să-şi exteriorizeze toate preocupările, toate tulburările, nemulţumirile care-l frămîntă. Deseori bolnavul ajunge singur la o obiectivare eliberatoare. Această exteriorizare verbală poate avea o acţiune de detensionare, de relaxare şi să suspende starea de opresiune psihică.

În stările de descurajare, de abandonare, solitudine şi izolare am căutat să-i redeşteptăm conştiinţa, să-l facem conştient de propria lui valoare, de propria lui responsabilitate în actul de vindecare. Pacientul se simte astfel înţeles şi onorat de încrederea terapeutului. Tendinţele negative ale bolnavului trebuie determinate să bată în retragere, speranţa şi încrederea trebuie redeşteptate treptat.

O problemă spinoasă o constituie intelectele de limită şi hipocondriile anxioase, din fibroza pulmonară asociată cu scopoză — pensie de boală profesională. În astfel de împrejurări valoarea psihoterapiei o putem considera nulă. Orice încercare şi strădanie de a ajuta bolnavul se izbeşte de un devărat zid de apărare, culpabilitate, idei de persecuţie, suspiciuni paranoice, negări, nihiliste. Ideea pensionării şi obţinerea pensiei de boală profesională sînt singurele şi unicele preocupări ale bolnavului.

În silicozele gradul I tabloul psihic este dominat de anxietatea difuză, teamă, îndoială şi incertitudine; ce se va întîmpla cu el, care va fi evoluţia bolii, cît va dura. Este evidentă preocuparea pentru ciclul şi ritmul respirator. Bolnavii îşi supraveghează şi autoanalizează volumul respirator.

Silicozele I sînt uneori acompaniate de crize de sufocare astmatice anxioase. În aceste împrejurări am obţinut rezultate bune prin hipnoterapie. În stare de hipnoză am introdus formulele de neutralizare şi dezinteres pentru ciclul respirator.

O bolnavă sub tratament medicamentos de 2 luni este transpusă în clinica noastră cu diagnosticul de silicoză I şi astm bronşic. După 5 şedinţe de hipnoterapie crizele de sufocare au dispărut complet.

În silicozele gradul II, III personalitatea bolnavului se caracterizează prin stări de neputinţă, dependenţă, irascibilitate, impulsivitate neputincioasă, lipsă de autocontrol şi autostăpînire, complexe de inferioritate, prin diminuarea sau pierderea potenţei sexuale, fenomene de regresie şi uzură precoce. Anxietatea este cristalizată şi fixată pe teama de moarte.

Evoluţia este în general lentă cu perioade de decompensare cauzată în marea majoritate a cazurilor de factorii psihici. De exemplu un bolnav cu silicoză gr. III internat în clinica noastră cu congestie pulmonară; după cîteva întrevederi bolnavul relatează că a stat 5 ore foarte sumar îmbrăcat în ploaie şi vînt pentru a se convinge că este înşelat de soţie. Bolnavul solicită îngrijirea specială pentru a se reface cît mai repede — pentru a înainta divorţul.

În silicozele II, III discuţiile psihoterapeutice individuale au fost copletate cu tehnicile de relaxare autogenă Schultz adaptate de dr. I. Bîlcea şi exerciţii de respiraţie.

Un mare inconvenient în aplicarea terapiei autogene îl constituie timpul limitat de spitalizare. În decurs de 4 maximum 8 săptămîni abia reuşim să analizăm exerciţiile de bază, greutatea şi căldura la care asociem formulele de neutralizare a factorilor anxiogeni sau formulele de întărire în cazul personalităţilor astenice.

Din 50 de cazuri la care am încercat să aplicăm terapia autogenă, 3 cazuri au abandonat-o încă din prima săptămînă, în 20 de cazuri am obţinut rezultate bune.

În 5 cazuri era evidentă anxietatea psihogenă; plus 140, TA foarte oxcilantă, respiraţia superficială şi rapidă realizată în 1/3 superioară a toracelui, senzaţie de nod în gît, insomnii, etc. După 12 zile de terapie autogenă au apărut ameliorări funcţionale. TA se stabilizează, pulsul scade treptat pînă la normal, respiraţia devine mai amplă, senzaţia de nod în gît dispare, somnul se realizează fără somnifere. După 6 săptămîni de spitalizare bolnavul se externează cu rugămintea de a reveni periodic pentru completarea exerciţiilor.

Necesitatea psihoterapiei şi a socioterapiei în maladiile cu caracter de masă, este evident necesară.

Balanţa succes şi eşec în psihoterapie este foarte oscilantă pentru că aşa cum spune Frankl toate şcolile de psihoterapie la un loc fac un psihoterapeut., dar un psihoterapeut poate lua cîte ceva din fiecare şcoală. Orice psihoterapie trebuie să improvizeze, trebuie să se inventeze pe sine însăşi în fiecare caz şi pentru fiecare caz, sub acest aspect psihoterapia nu poate face altceva decît să individualizeze.

It is studied the psychotherapy value in the process of reorganization of

It was found that psychical reactions at disease depend on premorbid personality structure, on duration and gravity of illness.

In initial stages there is an accentuation of personality's structure; intra and extra psychical conflicts are amplified. These conflicts can be attenuated and cleared up by means of individual psychotherapeutical discussions. Verbal exteriorizations on detension and relax, leading to abolishment of psychical oppression.

Anxiety factors make more severe the basic disease and form a vicios arch between physiological and psychological processes; this happens mainly in chronic and incurable disease with slow evolution. Relaxation technics and hypnotherapy yield very good results, remarkable functional improvements were obtained in some cases.

Mass diseases absolutely need psychotherapy and sociotherapy.

SEMNIFICAŢIILE FIŞEI PSIHOPEDAGOGICE

Tiberiu Florescu

— *Liceul militar — Cîmpulung Moldovenesc*

Prezenta comunicare este un preludiu al unui studiu mai amplu care-şi propune să urmărească perfecţionarea acestui foarte necesar instrument de lucru pentru educatori, care este fişa psihopedagogică a elevilor noştri. Colectivul nostru nu şi-a propus să abordeze problematica fişei psihopedagogice în general ci s-a limitat doar la fişa specifică elevilor de Liceu Militar, domeniu în care lucrez. Propunerile de îmbunătăţire s-au impus datorită unor minusuri uşor sesizabile în conţinutul vechii fişe. Ţelul final, este

Scanned with OKEN Scanner

de a face din fişa psihopedagogică un adevărat instrument funcţional în mîna celor care preiau elevul de liceu militar transformîndu-l în ofiţer. Actuala fişă, greoaie chiar impenetrabilă pentru anumite categorii de cadre ofiţereşti, a cărei rubricaţie nu emană tabloul unui profil psihomoral evolutiv, se va transforma într-un instrument suplu şi eficace în munca de cunoaştere, urmărire şi îndrumare a elevilor de Liceu Militar. Se vor elimina anumite rubrici nesemnificative sau vor fi concentrate rubrici care într-un fel repetă o aceeaşi problematică.

Se impune tot mai mult la nivelul întregii armate necesitatea optimizării încadrărilor pe întreaga armată, la toate armele, în funcţie de nevoile armatei. Criteriile de repartizare pe arme, vor rămîne în continuare opţiunea elevului, notele obţinute pe durata şcolarizării şi fişa psihopedagogică a elevului. La noi nu se poate pune problema orientării, ci numai cea a orientării profesionale. În asemenea condiţii prospectarea viitorului fiecărui elev, revine şcolii, ea este cea care nu-i lasă pe elevi să i-a decizii întîmplătoare.

Mirajul pentru un singur mod de realizare poate deveni periculos în condiţiile şcolii noastre. Anumite ramuri militare, în general foarte solicitate, presupun un deosebit curaj din partea celui ce optează pentru el. E foarte dificil de stabilit diferenţa între curajoşi şi spiritul de aventură uneori inaparent.

Fişa psihopedagogică cuprinde o serie de capitole distincte: datele personale ale elevului, condiţiile de viaţă înainte de venirea în liceu, rubrica ce cuprinde rezultatele la învăţătură în toţi anii de studii, datele medicale, antropometrice, rezultatele probelor psihologice, particularităţile de personalitate ale elevilor (temperament, caracter, voinţă, emotivitate), sfera şi natura relaţiilor elevului în liceu şi în afara lui. Se propune o mai mare preocupare pentru depistarea laturilor pozitive ale personalităţii elevului precum şi asupra posibilităţilor de compensare a trăsăturilor negative. Un capitol special este afectat aptitudinilor elevului pentru a face faţă cerinţelor diferitelor arme, a intereselor sale vădite, observate direct sau rezultate în urma probelor psihologice cu aparate de măsură şi teste de aptitudini. Există posibilităţi reale de testare a aptitudinilor elevilor, precum şi psihoprofesiograme ale armelor la care repartizăm elevi.

Începînd de anul trecut, sub „patronajul" laboratorului de psihofiziologie al Spitalului Militar Central Bucureşti, aplicăm cu bune rezultate un test, varianta Minnesotta, cu prelucrare pe bază de program-calculator. Aspectele revelate de acest test, au corespuns cu micile corecţii ce se impun avînd în vedere vîrsta subiecţilor unui tablou psihologic preconizat la nivel individual.

Au reieşit o serie de tendinţe morbide de personalitate ca: hiperreactivitate, iritabilitate crescută, preocupări exagerate pentru sănătate, tendinţe spre izolare, pesimism, capacitate autocritică redusă, tulburări de percepţie, dificultăţi de integrare socială care coroborate cu indici de schizofrenie, manie, anxietate, depresie, paronoia sau histeria au reuşit să dea un profil psihologic destul de fidel al subiectului. Sînt indivizi care pe parcursul anilor de studii au manifestat reale dificultăţi de adaptare şi acomodare la condiţiile de viaţă din Liceul Militar. În acest context, consider că nu este întîmplător faptul că cel mai mare număr de inapţi medical în Liceul Militar îl formează hipertensivii şi în general cei cu afecţiuni cardiace, asta după ce la admiterea în Liceul Militar aceşti copii erau perfect sănătoşi.

Condiţiile de viaţă în Liceul Militar, solicită intens sistemul nervos al adolescentului prin programul său. prin regimul de viaţă, prin obligaţiile şi privaţiunile impuse, greu de acceptat la 14—15—16 ani.

Începînd cu anul 1979, atunci cînd sistemul de lucru, de aplicare şi interpretare a testului se va perfecţiona, cînd va fi mai bine adaptat nivelul de înţelegere a şcolarului de 14—15 ani, acesta va deveni probă eliminatorie în concursul de admitere.

Demnă de menţionat e situaţia cazurilor în care calculatorul a recomandat examen clinic la Liceul din Cîmpulung şi cel de la Breaza—Prahova.

La aproximativ acelaşi număr de subiecţi testaţi, am avut doar două cazuri (din care unul inapt) faţă de 21 cazuri la Breaza (din care 4 inapţi); Situaţia diferită poate fi explicată prin prisma a două cauze 1 — particularităţile psihice ale moldovenilor care formează covîrşitoarea majoritate a elevilor noştri, şi faptul că sînt proveniţi din mediu rural în proporţie de 70%; 2 — particularităţile curative ale zonei, pitoresc, reconfortantul peisaj al Cîmpulungului, poate chiar lipsa unor tentaţii deosebite pentru elevii noştri, depărtarea de marele oraşe. La noi fenomenul infracţional printre elevi este foarte mic în comparaţie cu cel de la Breaza, relaţiile între elevi şi relaţiile elevilor cu cei din afara liceului, au un anumit specific nedistorsionant, neconflictual.

Rezultatele acestor teste sînt trecute în fişa psihopedagogică a elevilor cu menţiune „ÎN ATENŢIE" acolo unde este cazul, cu elementele ajutătoare ce se impun.

Această selecţie şcolară, elimină surplusul de candidaţi care de fapt coboară, nu ridică ştacheta calităţii a concursurilor, iar o perfectă orientare şi selecţie nu face decît să preîntîmpine acest neajuns. Toate acestea în virtutea eternului deziderat, „omul potrivit la locul potrivit".

ASPECTE PSIHO-SOCIALE ŞI COMPORTAMENTALE LA BOLNAVII NEVROTICI

N. Vandici, V. Vlăduţ, Emöke Kiss, I. Serdüt, Clara Frenţiu
— *Oradea*

I. *Consideraţii generale*

Întreprinderea industrială, ca instituţie, nu reuneşte numai bunuri şi maşini, ci, de asemenea, şi mai ales oameni, un ansamblu uman cu o ierarhie de roluri, funcţii şi posturi. Aceştia nu sînt doar simple „forţe de producţie", ci personalităţi concrete, prezente cu toată fiinţa lor, cu biologia, psihologia lor, cu orizonturile lor sociale, culturale, extraprofesionale.

Factorii sociali, obiectivi, acţionează asupra productivităţii muncii, dar nu direct, ci prin om.

Fiecare persoană este dotată pentru anumite forme de muncă, fapt care trebuie luat în seamă la alegerea profesiunii. Dacă un om este capabil să realizeze o muncă mai repede, mai precis, cu eficienţă mai mare şi cu o oboseală mai mică, deci şi cu o încordare mai redusă decît alţii, aceasta arată că el are o capacitate de muncă mai mare. Performanţa adecvată a unei anumite persoane este aceea care se obţine în limitele capacităţii sale de muncă, fără a o expune la riscul de a-şi zdruncina sănătatea. După definiţia O.M.S. starea de sănătate este o stare de plenitudine fizică, psihică şi socială. Capacitatea de muncă este limitată în anumite preocupări, ea nu reprezintă valoare universală pentru orice fel de activitate. În unele ramuri industriale nu sînt hotărîtoare nici forţa, nici rezistenţa, ci numai îndemînarea, adică calitatea de coordonare a mişcării. Aşadar, nu se poate vorbi de o capacitate de muncă

Scanned with OKEN Scanner

fizică, ci numai de o capacitate de muncă în raport cu o anumită solicitare profesională.

În ţara noastră femeile lucrează în producţie alături de bărbaţi. Ori de cîte ori se compară munca femeilor cu cea a bărbaţilor, trebuie să se ţină seama că femeile mai depun şi acasă o serie de „munci gospodăreşti" pe care uneori, din păcate bărbaţii nu le îndeplinesc. Se vorbeşte mult despre această „dublă solicitare" a femeii, prin munca profesională şi prin activitatea din gospodăria proprie.

În cercetarea noastră am adus cîteva date instructive, care reflectă această angajare „dublă" a femeii.

II. *Metodica cercetării*

Prin Laboratorul de sănătate mintală al municipiului Oradea s-a iniţiat un studiu asupra bolnavilor nevrotici de la 6 întreprinderi din industria uşoară; Textile Crişana, Arta Crişana, F-ca de confecţii, Solidaritatea, F-ca Crişul şi F-ca de blănuri, toate din municipiul Oradea.

Motivul pentru care au fost luate în studiu aceste întreprinderi a fost că acestea au indici crescuţi de morbiditate prin incapacitate temporară de muncă, codul 107—nevroze.

Cu această ocazie s-au urmărit mai multe probleme ce privesc încadrarea profesională, familială şi socială. Ca forme metodologice s-a folosit: discuţia, observaţia, chestionarul. Cercetarea are ca scop principal de a vedea ce se întîmplă cu bolnavul după ce iese din îngrijirea medicală? cum se încadrează el în mediul profesional, în viaţa familială şi socială?

Datele de psiho-sociologie şi psihologie industrială au fost obţinute, în special, din chestionarele întocmite special în acest socp cît şi din chestionarul medical Maudsley, şi urmăreau 4 mari obiective:

1. Aspecte psiho-sociale legate de depărtarea de întreprindere, mijloacele de locomoţie, remuneraţia, gradul de înzestrare cu aparatură tehnică de uz casnic, gradul de ocupaţie al femeii cu treburile casnice deranjul vecinilor, relaţiile familiale.

2. Chestionarul I. cu 38 întrebări întocmit în sistem binar urmărea dezvoltarea evolutivă, biografică, a individului de la vîrsta preşcolară pînă la ora actuală.

3. Chestionarul al II-lea, întocmit tot în sistem binar, cu 71 întrebări, avînd un caracter comportamental (dinamica oboselii, adaptarea, echilibrul proceselor nervoase, dinamica somnului, stabilitatea proceselor nervoase).

4. Chestionarul medical Maudsley, cu 40 itemuri, prin aplicarea căruia s-a urmărit stabilirea gradului de nevrozism, de adaptabilitate socială.

Cotarea: la cele trei chestionare s-a acordat un punct atunci cînd răspunsul indica o dezvoltare fără dificultăţi sau conflicte şi o inserţie socială satisfăcătoare.

Organizarea: culegerea datelor a fost mai anevoioasă pentru subiecţii de la întreprinderea Textilă Crişana (22 de cazuri), datele fiind culese din teren, iar pentru restul de cazuri (58) datele au fost culese de la bolnavii internaţi la secţia Nevroze în cursul anilor 1976—1977.

Pentru a putea compara datele obţinute de la bolnavii nevrotici, am cuprins în studiu un lot de 100 de subiecţi, lot martor din populaţia considerată normală (candidaţi la obţinerea permisului de conducere auto, categoria B).

III. *Rezultatele obţinute şi interpretarea lor.*

A. *Aspecte psiho-sociale*

a) Vîrsta medie a subiecţilor nevrotici cuprinşi în cercetare (media aritmetică ponderată) este de 38 de ani, variind între 18—56 de ani. Pe grupe de vîrstă se prezintă astfel:

Tabelul nr. 1

Grupa de vîrstă	Cifre abs.	%
16—20 ani	6	7,5
21—25 ani	8	10,0
26—30 ani	11	13,7
31—40 ani	24	30,0
41—50 ani	24	30,0
51—60 ani	7	8,7

Dintre bolnavii nevrotici, 6 sînt bărbaţi, iar restul femei.

b) Vechimea în întreprindere este în medie de 15 ani, minima fiind de 1,5 ani iar maxima de 33 ani. După cum rezultă din tabelul de mai jos se constată că 75% dintre subiecţii nevrotici se situează între 3—21 ani vechime în întreprindere.

Tabelul nr. 2

Vechimea în întreprindere	Cifre abs.	%
0— 2 ani	8	10,0
3— 6 ani	20	25,0
7—11 ani	12	15,0
12—16 ani	17	21,3
17—21 ani	11	13,7
22—26 ani	7	8,7
27—31 ani	4	5,0
32—36 ani	1	1,2

c) Nivelul de instrucţie şcolară se prezintă astfel: cu 7—9 clase 33 cazuri (41,2%), cu 10—12 clase 21 cazuri (26,3%), cu 4—6 clase 20 cazuri (25,0%), cu 12 clase şi peste 6 cazuri (7,5%).

d) Distanţa de la domiciliu la întreprindere este în medie de 2,7 km, iar durata în minute a timpului utilizat de subiecţi pentru plecare şi înapoiere la domiciliu fiind, în medie de 63 minute.

Un număr de 8 subiecţi (10%) efectuează naveta (între 6—50 km) ceea ce influenţează negativ asupra capacităţii de muncă.

e) Starea civilă a subiecţilor se prezintă astfel:

— căsătoriţi 55 (68,7%)
— necăsătoriţi 15 (18,7%)
— divorţaţi 7 (8,7%)
— văduvi 3 (3,7%)

f) Timpul necesar treburilor casnice (curăţit, gătit, spălatul şi călcatul rufelor, educaţia şi îngrijirea copiilor, aprovizionarea) este în medie de 6 ore, la care dacă se adaugă 1 oră cu transportul şi cele 8 ore de serviciu la fabrică, arată că timpul care mai rămîne disponibil este de 9 ore din care am scădea cele 8 ore necesare pentru somn ar mai rămîne o singură oră pentru odihnă, de unde rezultă că femeia salariată are un grad de ocupaţie ridicat comparativ cu cel al bărbatului.

g) Din discuţiile purtate cu subiecţii, reiese că nu se uzitează de formele moderne de deservire a populaţiei salariate. Astfel, spre exemplu în loc ca femeia salariată să plece, la terminarea turei, spre casă cu cumpărăturile făcute, minimum de pîine, lapte, carne, etc. este nevoită să alerge la diferite magazine alimentare unde să piardă timp preţios.

h) În ce priveşte raporturile cu vecinii, 20 dintre subiecţi (25%) declară că sînt deranjaţi de către aceştia (foarte mult = 4, mult = 8, oarecum = 8) Deranjul constă în: zgomotul produs de aparatele T.V. şi radio, gălăgia produsă de jocul copiilor, certuri.

Scanned with OKEN Scanner

i) 28 dintre subiecţi (35%) declară că nu sînt în relaţii bune cu unii membri ai familiei. Situaţiile conflictuale se prezintă astfel: cu părinţii (7), cu socrii (soacra) (6), cu soţul (8), cu copii mari (3), cu ginerele (2), cu sora-frate (2).

B) *Aspecte privind dezvoltarea longitudinală a subiecţilor*

Se ştie că alături de ereditate un alt factor important în dezvoltarea personalităţii umane îl constituie facorul mediu, familial, şcolar şi apoi social.

Din datele obţinute, prin administrarea chestionarului L, referitoare la dezvoltarea longitudinală şi mai ales influenţele negative asupra dezvoltării personalităţii; frecvenţele cele mai semnificative — comparativ cu lotul martor, se întîlnesc la următoarele itemuri:

După cum rezultă, de la itemurile 21 şi 22, cunoaşterea de către viitorii lucrători în industrie a caracteristicilor muncii pe care urmează s-o efectueze şi realizarea opţiunii profesionale pe baza unei informaţii profesionale competente, lasă de dorit, şi influenţează integrarea profesională a acestora. Am adăuga că alegerea profesiunii pe baza unei informaţii profesionale reduse poate genera fenomene disfuncţionale şi chiar insatisfacţii profesionale ulterioare.

Nr. itemului	Conţinutul itemului	Nevrotici		Lot martor	
		Cifre abs.	%	Cifre abs.	%
1.	Vîrsta preşcolară (3—7 ani) nu s-a desfăşurat în condiţii bune	19	23,7	4	4
3.	Dezvoltare într-o familie dezorganizată	18	22,4	—	—
4.	Nu am fost un copil vesel, bine dispus	18	22,4	3	3
5.	În copilărie stare de sănătate precară	25	31,2	7	7
7.	Nu au existat relaţii bune cu ambii părinţi	20	25,0	—	—
18.	Lipsa continuării studiilor	32	40,0	6	6
19.	Greutăţi în absolvirea studiilor	17	21,2	6	6
21.	Meseria a fost impusă	16	20,0	5	5
22.	Necunoaşterea specificului muncii la încadrare	29	38,3	7	7
23.	Conflicte în mediul profesional	17	21,2	4	4
24.	Conflicte în mediul familial	15	18,7	16	16
26.	Neexercitarea cu plăcere a profesiunii	18	22,4	3	3
35.	Traume psihice sau fizice ce au influenţat dezvoltarea vieţii	42	52,4	3	3

La itemul 36, cu specific proiectiv: „Aş fi cu adevărat fericită dacă...“ răspunsurile se situează astfel: pe primul loc se situează sănătatea (dorinţa de a fi sănătoasă), apoi dacă nu ar avea conflicte în familie, condiţii mai bune la locul de muncă (în special fără zgomot), lipsa unei locuinţe confortabile.

La itemul 37 „Cele mai grele momente din viaţa mea au fost“, răspunsurile subiecţilor nevrotici se prezintă în ordine descrescîndă astfel:

— decesul unui membru al familiei (22 cazuri);
— conflicte maritale, neînţelegeri, divorţ (20 cazuri);
— copilărie nefericită (10 cazuri);
— boli grave ale unui membru de familie (9 cazuri);
— lipsa locuinţei într-o anumită perioadă a vieţii (8 cazuri).

C. *Aspecte cu caracter comportamental*

dinamica oboselii, adaptarea, echilibrul proceselor nervoase, dinamica somnului.

Din răspunsurile date de către bolnavii nevrotici şi subiecţii din lotul martor la chestionarul II, se desprind o serie de aspecte dintre care redăm pe cele mai semnificative.

	Nevrotici %	Martori %
— scăderea puterii de muncă în condiţii de zgomot	87,3	34,0
— influenţa negativă a dispoziţiei sufleteşti asupra muncii, asupra randamentului	94,3	56,0
— capacitate redusă de a stăpîni reacţiile în situaţii critice	76,0	4,0
— existenţa unor stări nervoase puternice	71,8	33,0
— sentimentul de inferioritate faţă de cei din jur	76,0	16,0
— tulburări în dinamica somnului: — adorm greu	69,0	10,0
— au somn neliniştit — visele sînt neplăcute	73,2	15,0

În ce priveşte somnul şi importanţa lui, aducem cîteva reconsiderări. Este ştiut că somnul reprezintă una din condiţiile cele mai deconectante ale organismului. Ştim cu toţii că ciclul zilnic de activitate umană normală este de 7—8 ore de somn care alternează cu 16—17 ore stare de veghe şi că somnul, vorbind în general, coincide de regulă cu orele de întuneric. Uşurinţa, de exemplu, cu care oamenii pot să treacă de la munca în timpul zilei la munca de noapte este o chestiune de importanţă crescîndă în industrie, unde automatizarea necesită insistent o activitate continuă a maşinilor. De obicei, e nevoie de 5—7 zile ca o persoană să se adapteze la un program invers de somn şi trezire, şi anume să doarmă ziua şi să lucreze noaptea.

În industrie şi mai ales acolo unde munca se desfăşoară în 3 schimburi, schimburile sînt alternate în fiecare săptămînă. Lucrul acesta înseamnă că abia obişnuiţi cu un program, e nevoie să-l schimbe cu altul aşa încît îşi petrec mare parte din timp fără ca să lucreze sau să doarmă în mod efectiv. O soluţie a acestei probleme ar fi o perioadă mai lungă pen-

Scanned with OKEN Scanner

tru fiecare schimb, o lună sau chiar trei luni. Menţionăm că în industria minieră, acest lucru s-a realizat de cîţiva ani şi cu rezultate foarte bune (în judeţul Bihor).

Itemurile 9, 10, 11, 12 se referă la capacitatea subiecţilor de înfrîngere a greutăţilor. Dintre subiecţii nevrotici 10,6% declară că nu ştiu să lupte cu greutăţile, faţă de 5% subiecţi din lotul martor; 39,4% nu-şi apără propriile drepturi, faţă de 17% lot martor; 46,4% nu au încredere în propriile lor puteri, faţă de 10% lot martor.

Menţionăm că aceste particularităţi nu pot fi privite independent de trăsăturile caracterului. Tipul slab preferă să renunţe, să facă concesii numai să nu se angajeze în acţiuni încordate, chiar dacă ar fi deosebit de interesat în ducerea lor la bună sfîrşit. La polul opus sînt reprezentanţii tipului puternic-excitabil care excelează prin aceea că, „nu se dau bătuţi", sînt capabili să se afirme stăruitor şi energic în situaţiile de mai sus.

Analiza capacităţii de muncă din punctul de vedere al intensităţii proceselor nervoase, în special a celui de excitaţie, tipul puternic este capabil de o activitate foarte intensă, în condiţii dificile şi limitate în sensul timpului — el conservîndu-şi un minimum de capacitate de muncă şi în condiţii deosebit de nefavorabile cum sînt depresiunile psihice, îmbolnăvirile; reprezentanţii tipului slab sau slăbit (cum sînt nevroticii) realizează cu greu o productivitate înaltă în timp scurt — ei reuşesc să activeze în mod continuu cu succes numai în condiţii relativ liniştite şi eşalonîndu-şi eforturile în mod uniform pe intervale mari de timp. Apariţia unor condiţii nefavorabile desfăşurării activităţii duce la ei, de obicei, la un vizibil declin al capacităţii de muncă.

În aprecierea tipologică a capacităţii de lucru trebuie să ţinem seama şi de atitudinea subiectului faţă de activitatea respectivă: atitudinea faţă de muncă, de interese, de înclinaţii, capacităţi, cunoştinţe şi priceperi şi în special de priceperea de a-şi organiza lucrul — aceşti factori nu depind de forţa sistemului nervos.

În ce priveşte adaptarea socială, atitudinea subiecţilor faţă de următoarele situaţii se prezintă astfel:

Nr. item	Conţinutul	Răsp. afirmative %	
		Nevrotici	Martori
61.	Mă simt bine între noile cunoştinţe	23,9	46,0
62.	Mă simt bine între oamenii cunoscuţi de mult	77,5	85,0
63.	Mă simt bine în orice fel de societate	12,7	55,0
64.	Mă simt bine în situaţii noi necunoscute	16,9	48,0
65.	Mă simt bine în situaţii cunoscute, care nu-mi cer efort special pentru adaptare	82,6	72,0

Incapacitate temporară de muncă în anii 1975—1976 în municipiul Oradea şi întreprinderile studiate

Întreprinderea anul	Nr. zile I.T.M.	I. G.	Nr. zile I.T.M. Cod 107	%	Nr. salariaţi	Din care femei	%
Total municipiu:							
— anul 1975	688 039	760,3	41 278	5,9	85 297	36 270	44,0
— anul 1976	732 397	806,0	39 968	5,4	90 864	37 675	41,4
Textile Crişana:							
— anul 1975	17 827	819,2	1 390	6,2	2 176	1 582	72,0
— anul 1976	18 693	846,2	856	4,6	2 209	1 645	74,4
F-ca de încălţăminte Solidaritatea							
— anul 1975	40 859	1 099,8	2 858	6,9	3 715	2 688	72,0
— anul 1976	47 650	1 229,4	3 298	6,9	3 876	2 882	74,3
F-ca de încălţăminte Crişul							
— anul 1975	13 176	847,9	1 170	8,8	1 554	908	58,0
— anul 1976	15 700	1 000,0	1 331	8,4	1 570	939	59,2
F-ca de încălţăminte Arta-Crişana							
— anul 1975	15 903	866,6	1 107	6,6	1 835	1 686	92,0
— anul 1976	13 549	674,7	824	6,1	2 008	1 706	84,9
F-ca de confecţii Oradea							
— anul 1975	26 893	957,4	2 643	9,8	2 809	2 118	75,0
— anul 1976	27 331	978,5	1 973	7,2	2 793	1 993	71,5
F-ca de blănuri 1 Mai							
— anul 1975	11 416	1 060,9	796	6,9	1 076	724	67,0
— anul 1976	13 502	1 242,1	490	3,6	1 087	722	66,4

Răspunsurile date sînt edificatoare pentru a observa atitudinea subiecţilor nevrotici în situaţiile amintite, compartiv cu lotul martor de evitare a contactelor sociale, în special ale celor noi, care solicită un efort în plus.

D. *Evaluarea gradului de „nevrozism" prin chestionarul medical Maudsley*

Unui număr de 60 subiecţi nevrotici, internaţi în spital, li s-a aplicat chestionarul medical Maudsley

în scopul stabilirii, prin metode psihologice, a gradului de „nevrozism" cît și a celor mai frecvente simptome acuzate de către aceștia.

Gradul de „nevrozism", stabilit prin numărul itemurilor pozitive, se prezintă astfel: sub limită 4,2%; ușor crescut 29,3%; accentuat 33,3%; ridicat 25,0%; foarte ridicat 8,4%.

În general se constată o concordanță între diagnosticul clinic de nevroză și rezultatele aplicării chestionarului Maudsley.

E. *Aspecte medicale ale subiecților nevrotici internați*

În ce privește numărul internărilor, situația se prezintă astfel: cu o internare (65,3%), cu 2—3 internări (26,5%) și cu 4—7 internări (8,2%).

Sub aspectul formelor clinice am întîlnit următoarea situație:

— nevroză astenică (neurastenie) 22,4%;
— nevroză depresivă 14,3%;
— nevroză asteno-depresivă 44,9%;
— nevroză pitiatică 4,1%;
— nevroză astenică cu elemente pitiatice 10,2%;
— nevroză obsesivo-fobică 4,1%;

În încheiere, considerăm observațiile făcute ca o preanchetă cu rol explorator, de testare, a viitoarelor măsuri de cercetare ce vor fi întreprinse în întreprinderile din municipiul Oradea.

Pe viitor, pentru creșterea semnificației datelor prezentate, ne propunem continuarea studiului în anii viitori și informarea anuală a organelor municipale, a întreprinderilor, prin intermediul Direcției sanitare, asupra constatărilor făcute.

Preconizăm ca la aceste cercetări să participe un colectiv larg, de specialiști, medici, psihologi, cadre medii, și antrenarea organizațiilor de masă în rezolvarea problemelor ce se ivesc la nivelul întreprinderilor.

We proposed, in the present paper, to perform a study on neurotic patients belonging to 6 enterprises of light industry in the town of Oradea, that present high indices of morbidity through neurosis The aspects of appointment to a job, family and social appointment were studied. Methods used by us consisted of: conversations, observations, questionnaires (questionnaire nr. I including 38 questions in the binary, questionnaire nr. II using the same binary system with 71 questions, the Maudsley medical questionnaire with 40 items for the establishment of the degree of neurosism).

The results obtained are the following:

A. *Psycho-social aspects:* 1) The average as to the age of the neurotic subjects is 38, the period of the highest professional engagement. 2) Seniority in enterprise is situated at about 25 years, 75% of the neurotic patients being included among those who had spent 3—21 years at the same enterprise. 3) Distance from home to enterprise is an average of 2,7 km 10% of the subjects, fact that has negative influence on working capacity. 4. The female workers being involved in house wife activites, have a very high involvement degree, compared to that of the male workers. 5) Discussing with patients it comes out that they do not use to a sufficient degree the modern forms of facilities put at the disposal of working people when leaving their working places. 6) 25% of the subjects are disturbed by neinghbours who are vatching T.V., listening to the radio, quarrels.

7) 35% of them declare that they do not get-on well with some members of the family.

B. *Aspects regarding the longitudinal development of the subjects*

It results from questionnaire nr. 1 that in selecting profession an important role is played by the corresponding preliminary professional informations.

C. *Aspects regarding behaviour*

Questinnaire nr. 2 shows disturbances in the dynamism of sleep, especially with neurotics, compared to the witness group and decrease of working capacity conditioned by noise in a proportion of 87,4% compared to the witness lot (34%). The attitude of avoiding new social relations is to be observed with neurotics compared to the witness group.

D. *The evolution of neurosystem with the aid of the Maudsley questionnaire.*

It was found to be under limit with 4,3% slightly raised with 33,3%, high 25%, and very high 8,4%.

E. *Medical aspects of hospitalised neurotic subjects*

All the forms of clinical neurosystem were met by us, more frequent being the astheno-depressive 44,9%, neurasthenia 22,4%, depressive neurosis 14,3%, neurasthenia with a hysterical elements 10,2%.

The research among the members of the groups had been made under hospital conditions, local knowledge and M.H.L. activities, proposing the future enlargement of the study and also the training of mass, organizations for the solving of medico-psychologic problems that arise at the level of these economic units.

ASPECTE PSIHOLOGICE REMARCATE ÎN CADRUL ACTIVITĂȚII DIN ATELIERELE DE ERGOTERAPIE A COPIILOR OLIGOFRENI DIN SPITALUL DE COPII NEUROPSIHICI SIRET

G. Popescu, Silvia Maftei, Georgeta-Ofelia Popoveniuc
— Siret

Caracteristic pentru orice manifestare de dezvoltare deficitară este apariția proceselor de compensare a deficitului, știut fiind că posibilitățile de compensare sînt deosebit de largi în condiții favorabile care sînt asigurate și în cadrul unui proces corect de educare și instruire prin muncă.

Copiii debili mintali și într-o mică măsură cei imbecili superiori sînt capabili de a-și însuși într-o perioadă mai lungă programa corespunzătoare pregătirii profesionale pentru anumite munci simple specifice lor.

Încă din primele luni de la internare copilul vine în contact cu diferite forme de muncă, special organizate în ateliere sau ocupații gospodărești, iar cei de vîrstă preșcolară în grădinițe special amenajate.

Munca din ateliere de ergoterapie, normalizează relațiile între copii, stimulează pe cei inactivi, împiedică dezvoltarea stării agresive, duce la coordonarea

gesturilor, a reflexelor, stimulează memoria, voinţa şi activitatea.

Importanţa activităţii din ateliere în formarea atitudinii pozitive faţă de muncă constă şi în faptul că ea oferă posibilitatea exersării în mod organizat a formelor concrete de activitate. Un rol determinant îl are stimularea şi îndrumarea directă a acţiunilor copiilor în vederea dezvoltării calităţilor de voinţă ca : perseverenţă, stăpînire de sine, iniţiativă, independenţă precum şi participare activă.

Sub îndrumarea şi controlul permanent al instructorului şi celorlalte cadre medico-sanitare, se crează premizele formării obişnuinţei de a munci şi ale înţelegerii necesităţii muncii ;

În organizarea şi desfăşurarea activităţilor din atelierele de ergoterapie, este necesar ca instructorul să realizeze următoarele cerinţe :

— Scopurile propuse pentru activităţi să fie realizabile, fixate în funcţie de capacitatea şi posibilităţile fiecărei categorii de copii oligofreni. Numai în felul acesta copilul va putea obţine rezultate cît mai concrete, lucru care va condiţiona mobilizarea lui în activităţile viitoare, din atelierele protejate sau adaptarea şi integrarea ulterioară a lor din întreprinderile în care vor lucra.

— Sprijinirea copiilor în vederea realizării scopurilor fără a înlătura efortul pe care aceştia trebuie să-l depună în direcţia rezolvării greutăţilor ivite.

— Activităţile să fie interesante şi variate, pe placul lor, pentru a stimula în permanenţă interesul copiilor ;

— Munca pe care o desfăşoară copilul să fie cît mai utilă. Obiectele realizate să poată fi folosite de copii în jocurile şi activităţile lor, în acest sens va avea şi respect faţă de tot ceea ce realizează în munca lor.

— Introducerea formelor de muncă să se facă în mod gradat cu motivaţie socială din ce în ce mai largă.

— Apetitul la munca din atelier al copiilor să constituie un factor important stimulativ în pregătirea lor pentru activitatea de şcolar, în formarea atitudinii pozitive faţă de munca din şcoala specială.

— În formarea profilului moral al copiilor handicapaţi psiho-motor, activităţile ce le desfăşoară în ateliere sînt mijloace eficiente de influenţă pedagogică în educarea dragostei de muncă, a spiritului colectivist şi în formarea calităţilor pozitive ale voinţei. Prin intermediul lor, copilul este ajutat să treacă de la acte involuntare întîmplătoare, la reprezentarea unui scop şi la canalizarea tuturor eforturilor sale în vederea realizării acestuia. Învăţînd să-şi termine lucrul început la atelier, deci să-şi atingă scopul propus, chiar dacă pentru aceasta el trebuie să depună un efort îndelungat, copilul îşi dezvoltă răbdarea şi perseverenţa. La aceasta se adaugă şi mulţumirea pe care el o simte în timpul lucrului, determinată de însuşi actul creierii unor obiecte utile, căci este ştiut că la aceşti copii acţiunea are un rol important în viaţa lor şi le procură multe satisfacţii. Cînd copiii fac aprecieri asupra lucrărilor lor şi ale colegilor, ei învaţă să observe defectele şi calităţile lucrărilor în raport cu anumite criterii. Cu alte cuvinte, se deprind să judece în mod obiectiv lucrările şi modul de lucru al celorlalţi copii şi pe ale lor, să nu se supraaprecieze, să fie modeşti şi să se bucure de rezultatele muncii lor în comun. Aşadar, activităţile şi obiectele realizate în ateliere de către aceşti copii bolnavi au un bogat conţinut afectiv, pot fi folosite şi ca mijloace de educaţie morală ducînd la închegarea personalităţii copilului handicapat.

Adaptarea la muncă a copilului oligofren este dificilă şi pune multe probleme. În perioada de început, pentru copilul oligofren internat în spital, atelierul de ergoterapie aduce o schimbare de mediu şi apare ca un divertisment plăcut în raport cu viaţa monotonă din salon.

De multe ori ajuns aici, curiozitatea îl face să cerceteze obiectele, uneltele, maşinile şi să se intereseze asupra modului lor de folosire. Acesta este un moment psihologic care trebuie exploatat de ergoterapeut pentru captarea interesului copilului. O parte din copii prezintă o mare instabilitate psihică şi îşi pierd uşor interesul pentru cele prezentate şi pare că ei nu se vor putea adapta niciodată, dar după o perioadă mai îndelungată în care răbdarea şi priceperea maistrului este pusă greu la încercare se produce totuşi acomodarea lor. Fenomenul de adaptare la procesul muncii este în strîns raport şi cu vîrsta, cei mai mari putîndu-se mai uşor integra în procesul muncii.

Nu în toate cazurile copiii îşi însuşesc cunoştinţele teoretice şi cele practice la fel de bine. Avem copii care deşi în şcoala specială sînt mai slabi, în ateliere fac progrese mult mai rapide. În general se observă că pentru copilul mic e nevoie de o perioadă de adaptare, însuşirea noţiunilor practice este mai dificilă şi tendinţa de abdicare de la muncă este mai mare. Adaptarea copilului la programul de atelier nu depinde numai de capacitatea intelectuală a copilului ci şi de capacitatea de înţelegere, de răbdarea şi bunăvoinţa instructorului. Comportarea plăcută, apropiată a instructorului încurajează pe copilul stăpînit de nesiguranţă în propriile-i puteri.

Atitudinea instructorului este de multe ori dacă nu chiar întotdeauna determinantă pentru progresul ucenicilor din atelier.

Avem multe exemple de copii care păreau total inadaptabili, dar care prin tactica instructorilor au ajuns să se ataşeze de atelier şi în cîteva luni să-şi însuşească o serie de elemente practice premergătoare meseriei respective. S-a observat de asemenea ataşamentul mai accentuat între copiii din aceeaşi grupă de atelier, un interes sporit faţă de membrii grupului, o solidaritate mai mare între ei. Se ajunge astfel la o legătură psihică mai intensă între membrii grupului şi între ei şi instructor. S-a observat mai bine acest lucru atunci cînd s-au făcut tentative de a schimba pe unii copii dintr-o grupă în alta. Protestele sînt din partea întregului grup, chiar dacă este vorba de un copil mai puţin apt.

Evoluţia este treptată şi trecerea de la indiferenţă la solidaritatea de grup este evidentă în toate cazurile. Dar fenomenele evoluează atît pe plan afectiv cît şi în procesul muncii unde se crează o atitudine critică faţă de cei leneşi sau inapţi, faţă de cei ce nu pot să-şi însuşească meseria.

Internaţii noştri sînt fericiţi atunci cînd realizează ceva practic, iar laudele celor din jur reuşesc de cele mai multe ori să-i stimuleze.

Stimulentele materiale neînsemnate (bomboane, prăjituri) sau promisiunea unei plimbări, a vizionării unor filme, fac ca ucenicii să lucreze cu mai mult zel.

S-a observat o preferinţă deosebită a copiilor pentru croitorie, învaţă cu plăcere să tragă la maşina de cusut, şi foarte mulţi au reuşit să-şi însuşească bine meseria. Întrucît noţiunile abstracte sînt însuşite greu şi cu multe lipsuri, însuşirea meseriei se face mai mult practic lucrîndu-se cu fiecare copil în parte.

Dacă la început oboseala survine într-un timp foarte scurt cu tendinţa de abdicare, după o perioadă de săptămîni sau luni rezistenţa psihică creşte odată cu apariţia interesului pentru ceea ce se face, ajungîndu-se la continuitatea muncii de 1—2 ore.

Dacă între timp se intervine cu un mic divertisment (o gustare, gimnastică, etc.) capacitatea de muncă revine. Ca aspecte deosebite apar multe înclinaţii neaşteptate pentru muncă, cu îndemînări surprinzătoare, cu o imaginaţie productivă încît reuşesc să confecţioneze din proprie iniţiativă jucării sau alte diverse materiale care sînt bine lucrate.

S-a constatat de asemenea că în majoritatea cazurilor comportamentul turbulent se ameliorează mult,

Scanned with OKEN Scanner

pe cînd apaticii nu pot fi antrenaţi în muncă decît foarte greu sau aproape deloc.

Putem da şi cîteva exemple de copii care în decurs de mai mulţi ani au putut fi educaţi în spiritul muncii, chiar cu diagnosticul de debilitate mintală şi cu grave tulburări de comportament care au reuşit să-şi însuşească o meserie şi să se integreze admirabil în grupul social respectiv.

Z. D. cu un comportament autist, dislalie polimorfă, imbecilitate superioară, internată în unitate de la vîrsta de 3 ani reuşeşte pe la 9 ani să fie şcolarizată fără a obţine rezultate bune, însă a însuşit foarte bine meseria de croitoreasă.

T. F. cu tulburări de comportament accentuate, negativistă, dezordonată şi violentă, prin integrarea într-o grupă de atelier unde maistra a avut multă răbdare şi înţelegere, copilul s-a acomodat, a învăţat foarte bine meseria, şi-a dezvoltat şi limbajul şi a plecat la o şcoală profesională din Huşi, după 4 ani de atelier în unitatea noastră.

F. I. care este internat cu D. M. şi tulburări accentuate de comportament. Lucrează cu acelaşi instructor 9 ani în care îşi sporeşte nu numai îndemînarea de lucru ci şi capacitatea intelectuală încît, pe lîngă meseria aleasă, a intrat în echipa de fotbal a oraşului Siret unde a dat rezultate bune iar apoi familia l-a luat acasă pentru a se folosi de ele în gospodăria proprie.

Exemple pot fi foarte numeroase şi concluzia la care ajungem este aceea că printr-o educaţie asiduă, printr-o muncă susţinută depusă de echipa întreagă de medici, asistenţi, educatori, instructori, se pot recuprea şi unele cazuri care par la început pierdute.

O altă concluzie care se desprinde din observaţiile noastre este faptul că de multe oni internaţii de la noi suferă de o întîrziere mintală accentuată la internare prin carenţă educativă din familia de unde provin, fiind neglijaţi.

Mediul de spital care de fapt şi el este sărac şi nefavorabil dezvoltării psihice în cazul cînd nimeni nu se preocupă de instruirea generală sau prin muncă a copiilor, dar în cazul cînd venim în ajutorul copilului oligofren prin toate mijloacele de instrucţie-educaţie inclusiv cele a muncii din atelier, sînt favorabile dezvoltării lor neuropsihice şi recuperării sociale.

Aspectele psihopatoide pe care le mai întîlnim la aceşti copii care vin în atelier, uneori vin pentru a fura unelte sau materiale, dar în realitate ei refuză să lucreze ; la fel se constată că odată cu capacitatea de muncă şi pe măsura dezvoltării acestei capacităţi pentru copiii care lucrează efectiv personalitatea lor morală se dezvoltă şi ea, iar noţiunea de bine şi rău capătă conţinut cel puţin în legătură cu munca lui şi a colectivului cu care lucrează.

În unele cazuri apar şi aspecte mai complexe ajungînd să judece faptele pozitive sau negative ale personalului sanitar în mijlocul căruia trăieşte şi lucrează, să reclame anumite fapte pe care le ştie nedrepte, să-şi apere chiar colegii cu riscul de a fi pedepsiţi — o atitudine şi un sentiment demn de admirat.

În lucrarea prezentă am urmărit unele aspecte ale dezvoltării neuropsihice ale copilului oligofren în cadrul procesului instructiv-educativ din atelierele noastre în ce priveşte apetitul la muncă al copilului diferenţiat la şcoală şi la atelier, sociabilitatea copilului în procesul muncii, atitudinea în atelier şi faţă de instructor.

Din studiul întreprins pe un număr de 226 copii internaţi cuprinşi în activităţile din ateliere, în urma progresului dobîndit, 71 din ei au fost retraşi în familie, 40 transferaţi la şcoli profesionale speciale, iar 115 continuă munca şi în prezent sub supravegherea cadrelor noastre medico-sanitare.

Mai putem evidenţia că 80% din ei sînt băieţi şi 20% fete iar 64% din aceştia urmează concomitent şi procesul instructiv-educativ din şcoala specială, 62% provin din mediul rural, 38% din mediul urban, iar 60% sînt aduşi de familie, 40% provin din creşe şi grădiniţe.

Work in the workshops of psychomotor defficient children is a useful act for mobilization and formation of their personalities. It normalizes the relations between children, it stimulates the inactive ones, it hinders the development of their aggressivity. Work also helps to the co-ordination of the children's gestures of their reflexes ; it stimulates memory, will activity and affectivity.

The adaptation of the children to the programme of the workshops depends on the understanding, capacity, patience and good-will of the instructor.

Insignifiant material stimulant of the promise of walking or going to a film, etc. makes the handiccapped children work with more zeal.

But not in all the cases the oligophreic children appropriate the theoretical knowledge as well as the practical ones. For example, at school they are bad pupils, but in the workshops they make headways during their work.

The activites in the workshops have to be interesting and varied, to please and stimulate the children's interest.

From 226 hospitalized children who have been working in the workshops, 71 were taken back to their families, 40 have been transferred to special vocational schools and 115 are still working under the supervision of our medical — sanitary personnel.

We can also show that 80% are boys, and 20% girls, and that 64% of all these attend at the same time the instructive pedogogical process in the special school, 62% came from rural medium and 38% from urban one. 60% are brought by their families and 40% proceed from nurseries and kindergardens.

CONTRIBUŢII PRIVIND METODOLOGIA EXAMENULUI MEDICO-PSIHOLOGIC LA CONCURSUL DE ADMITERE ÎN LICEE

M. Brădeanu, C. Postelnicu, Al. Avasilcăi, C. Chelemen
— Cîmpulung Moldovenesc

Problemele de psihoprofilaxie primară obligă adeseori pe specialiştii disciplinelor medicale clinice de a transgresa în domenii pentru care pregătirea lor academică şi preocupările profesionale cotidiene nu le-ar acorda la prima vedere fiabilitate în acţiunile pe care le întreprind. Un asemenea domeniu este şi cel al problemelor actuale ale psihopedagogiei.

Preocupaţi de mai mulţi ani de problematica medico-psihologică a adolescentului elev de liceu, autorii au studiat necesitatea examenului medico-psihologic şi dificultăţile, limitele şi servituţile acestuia la atari categorii ale populaţiei, mai ales în actuala conjunctură a învăţămîntului.

În cele ce urmează se expune experienţa în ultimii 5 ani a colectivului de autori (medici şcolari, psihiatri cu activitate în ambulator şi în secţii clinice) acumulată în urma a mii de examene medicale de rutină cu ocazia operaţiunilor medicale de selecţie pentru admiterea în liceu, examene de orientare profesională efectuate în ambulator şi staţionare, consultaţii medico-psihologice la elevii de liceu în situaţii de impas existenţial, examene de specialitate efectuate la

elevii şi absolvenţii de liceu cu ocazia operaţiunilor de recrutare-încorporare pentru forţele armate, consultaţii de îndrumare şcolară şi profesională, expertize de diferite aspecte, etc.

În prezent copiii şi tinerii constituie o însemnată parte a populaţiei. În România în 1969 persoanele între 5—24 ani au reprezentat 32,6% din totalul acesteia. Studii efectuate recent în condiţiile tării noastre de şcoala de psihiatrie de la Socola, sub conducerea profesorului Petre Brînzei (vide — Adolescenţa şi adaptarea — 1974) indică că la populaţiile şcolare situaţiile de conflictualitate handicap şi eşec adaptativ cu semnificaţii şi implicaţii medico-pedagogice, ajung pînă la 30%. V. A. Kolegova (1971) pe baza documentelor primare privind dispensarizarea copiilor şi adolescenţilor în vîrstă de 0—18 ani arată că anual sînt văzuţi de către medic un procent de 15,8—20% copii şi adolescenţi, iar din acest număr un procent de 2,0—2,5% rămîn în evidenţa medicului psihiatru. Henry Brill (1969) folosind datele furnizate de internările în spitalele de psihiatrie arată că 2—12% din ansamblul populaţiei juvenile, are nevoie de ajutor psihiatric (cf. M. Şelaru — Adolescenţă şi adaptare — 1974).

Toate aceste date indică prezenţa şi acuitatea necesităţii de asistenţă psihiatrică la persoanele tinere, copii şi adolescenţi, incluse în diverse forme de învăţămînt.

Această intervenţie noi o vedem ca fiind în majoritatea cazurilor îndeosebi de domeniul psihoprofilaxiei primare orientată şi dirijată în sensul promovării şi întăririi sănătăţii mintale a tineretului şcolar. Numai în anumite situaţii activitatea psihiatrică capătă caracter evident terapeutic.

În etapa actuală de dezvoltare a societăţii în ţara noastră învăţămîntul liceal şi profesional este supus unui proces de radicale modificări, care au ca ţel pregătirea tineretului pentru muncă şi viaţă printr-un amplu, coerent şi unitar sistem de pregătire de specialitate şi calificare. Reglementările în vigoare privind organizarea şi funcţionarea învăţămîntului liceal şi profesional (Decretul 207/1977 şi Decretul 208/1977) fixează ca principii de bază pentru realizarea procesului de învăţămînt, dorinţele şi aptitudinile celor în cauză ca şi necesităţile pregătirii forţei de muncă în perspectiva planului de dezvoltare a societăţii. Totodată se prevede în legislaţia în vigoare — art. 18 din Decretul 207/1977, că persoanele cu deficienţe fizice senzoriale, intelectuale sau altele, beneficiază de diferite forme de şcolarizare, altele decît cele pentru învăţămîntul general.

În bună parte aceste prevederi se realizează prin reţeaua de învăţămînt a Ministerului Muncii.

În mod excepţional cu aprobarea organelor de resort — inspectoratele şcolare — absolvenţii a 8 clase din învăţămîntul de cultură generală, se pot încadra direct în producţie, urmînd ca după caz să-şi continuie studiile în învăţămîntul seral.

În faţa unei atari situaţii, care trebuie să fie poziţia de principiu a medicilor psihiatrii faţă de problemele actuale ale învăţămîntului şi sarcinilor care le stau în faţă? Experienţa şi datele observaţiilor noastre ne indică că este nerealist, lipsit de suport material şi practic, lipsit de eficienţă socială a susţine că tot tineretul care absolvă 8 clase în învăţămîntul gimnazial sau treapta I-a de liceu, trebuie să fie trecuţi prin filtru unui examen medicopsihologic şi psihiatric atunci cînd îşi exprimă opţiunea legitimă faţă de un anumit tip de liceu sau un anumit profil profesional.

Disponibilităţile organizaţionale şi de cadre ale societăţii noastre în etapa actuală, permit şi justifică prestaţii medico-psihologice şi psihiatrice numai pentru situaţii de excepţie, adică pentru „elevii problemă". După părerea noastră numai în cazul acestei categorii de tineret aflată în situaţii de impacte medico-pedagogice sau confruntată cu problema unor opţiuni şcolare particulare, se impun examene obligatorii medico-psihologice şi psihiatrice de specialitate.

Asemenea examene devin necesare şi pentru admiterea la licee cu profil special ca spre exemplu liceele militare, situaţie deja oficializată şi relativ bine reglementată de reţeaua medicală a M.A.N. Noile tipuri şi profile de licee create recent, impun însă în multe situaţii o optică de selecţie atentă a concurenţilor după criterii medico-psihologice orientate în raport de exigenţele profesiunilor pe care le prezumează absolvirea acestor şcoli. O situaţie similară este creată şi în cazul şcolilor profesionale. De altfel art. 20 al Decretului nr. 207/1977 indică fără nici un echivoc că înscrierea în treapta I-a a liceelor se va face de regulă fără concurs, dar cu folosirea orientării şcolare şi profesionale.

În prezent în ţara noastră nu se poate vorbi încă de o doctrină bine elaborată în problemele orientării şcolare şi profesionale, deşi în ultima vreme au apărut numeroase preocupări în acest domeniu îndeosebi din partea pedagogilor.

În opinia noastră pe timpul clasei a VIII-a toţi elevii ar trebui supuşi observaţiei şi studierii medico-pedagogice atente, în cadrul unei preocupări permanente şi susţinute de orientare şcolară şi profesională din partea cadrelor cu răspunderi în acest sens (pedagogi, psihologi, medici, activişti sociali, etc.).

În acest sens considerăm că se impune instituţionalizarea consiliilor de orientare şcolară şi profesională la nivelul clasei şi şcolii şi întocmirea unei documentaţii medico-pedagogice în acest sens. După părerea noastră ar trebui întocmită o fişă medico-pedagogică încă de la intrarea elevului în clasa I-a, iar la anume etape cheie ale sistemului de învăţămînt, ca spre exemplu absolvirea a 4 clase elementare, absolvirea a 8 clase gimnaziale, absolvirea treptei I-a de liceu, absolvirea liceului (examenul de bacalaureat) ar trebui să se facă un bilanţ medico-pedagogic de către cadrele didactice psiho-pedagogice şi medicale, cu atribuţiuni în acest sens.

Pe baza acestor bilanţuri medico-pedagogice, consiliile de orientare şi-ar putea exprima punctul de vedere într-un document oficial la îndemîna autorităţilor şcolare, unde candidaţii doresc să-şi continue studiile.

Pentru început asemenea documente ar trebui să aibă un caracter orientativ şi consultativ, urmînd ca pe parcurs să se diferenţieze conţinutul şi implicaţiile lor în raport de experienţa ce se va acumula pe plan naţional.

Un asemenea document ar trebui să conţină contraindicaţiile formale şi relative pentru anumite profesiuni, cît şi domeniile unde se apreciază că elevul respectiv s-ar putea realiza cel mai bine. Noi apreciem că în final ar trebui să se ajungă la elaborarea unui diagnostic medico-pedagogic după un nomenclator de diagnostice de uz oficial special întocmit în acest sens.

În opinia noastră consiliile de orientare ar trebui alcătuite din pedagogi — preferabil profesorul diriginte al clasei, psihologi şcolari, psiho-pedagogi, în speţă profesori consilieri, medici şcolari şi eventual şi alte persoane cu calificare competentă, îndeosebi medicii întreprinderilor unde elevii îşi vor desăvîrşi pregătirea profesională.

La nivelul consiliilor ar trebui diagnosticate deficienţele medico-pedagogice în urma unei analize a datelor de observaţie longitudinală şi transversal situaţională a elevului, fără a se urmări „mandarinetul" examenului medical. Cazurile pe care aceste consilii le-ar aprecia ca necesitînd o analiză de specialitate, ar fi necesar să fie examinate la nivelul laboratoarelor judeţene de orientare şcolară (acolo unde există).

La nivelul acestor laboratoare noi apreciem că este indicat să intervină psihologii şi medicii specializaţi în probleme de orientare profesională şi medicii psi-

Scanned with OKEN Scanner

hiatri prin examene diferenţiate în raport de solicitările consiliilor de orientare din şcoli şi datele examenelor efectuate în atari ocazii (examene clinice de specialitate, examene psihologice, etc.).

La fel ca şi M. Peteanu subliniem necesitatea ca în acţiunile de orientare şcolară şi profesională, să se adopte o optică de medicină de prognostic, ţinînd seama de faptul că „indicaţiile sau contraindicaţiile medicale se împletesc adesea cu indicaţiile şi contraindicaţiile psihologice". Dacă pentru latura medicalo-fizică şi chiar psihiatrică a problemei, metodologia examinării nu ridică probleme de profesionalizare deosebite, apreciem că nu acelaşi lucru este valabil în cazul metodologiei de psihodiagnostic.

Noi susţinem punctul de vedere ca alegerea şi aplicarea testelor psihologice, cotarea, dar mai ales interpretarea lor să fie efectuată numai de specialişti psihologi cu bogată experienţă psihopedagogică, în lumina cunoştinţelor acumulate prin alte metode cum sînt : experimentul, metoda clinică, studiile longitudinale.

În pofida celei mai corecte şi amănunţite tehnologii de examinare, nu trebuie să se ignore faptul că pentru înţelegerea şi chiar elucidarea multor aspecte medicale trebuie să se întreprindă anchete în familie şi în vecinătatea familiei etc., că intervenţiile şi prescripţiile de orientare profesională şi şcolară trebuie efectuate avîndu-se în vedere studiul sociologic al familiei, considerent de psihologie colectivă dominată într-o anumită perioadă de timp în cadrul tineretului sau colectivităţii etc.

În condiţiile actuale de pluri-disciplinaritate ale orientării şcolare şi profesionale, este necesar ca să apară acţiuni bine concertate pe plan naţional, atît între specialişti cît şi forurile de decizie (Ministerul Educaţiei şi Învăţămîntului, Ministerul Sănătăţii, Ministerul Muncii, M.A.N., Ministerul de Interne, organizaţiile de tineret, etc.).

Este necesar să se aibă în vedere faptul că orientarea şcolară în prezent, în imensa majoritate a cazurilor este şi orientare profesională, că acţiunea de counseeling şcolar şi profesional trebuie să fie permanentă, la îndemîna atît a tinerilor cît şi a familiilor lor. Fără a se afecta libertatea individuală a opţiunilor pentru o anumită profesiune, considerăm că este din ce în ce mai necesar pe plan social orientarea către grupurile de profesiuni de care are nevoie societatea, fără să fie efectuată prin cultivarea din timp a unor atitudini adecvate faţă de diferite tipuri de munci, care capătă aspect prioritar în dezvoltarea socială şi economică.

Noi susţinem cu fermitate punctul de vedere că, în acţiunile de profilaxie generală trebuie să se acorde o atenţie deosebită afecţiunilor neuro-psihice. Tratamentul acestora ridică probleme deosebit de dificile, adeseori nerezolvabile, în timp ce în mod cert în atari cazuri acţiunile profilactice adecvate şi individualizate sînt deosebit de eficiente pe plan socio-profesional.

Pentru medici şi psihologi ar fi foarte indicat, în actualele condiţii, editarea unui manual-ghid privind selecţia şi orientarea şcolară şi profesională redactat într-un concept bio-psiho-social, cu luarea în seamă nu numai a datelor ştiinţifice actuale ci şi a problematicii legislative, socio-economice aşa cum o impun noile condiţii de dezvoltare a societăţii.

STUDIUL PSIHO-SOCIOLOGIC AL FLUCTUAŢIEI PERSONALULUI LA O ÎNTREPRINDERE DIN CADRUL INDUSTRIEI TEXTILE

Olga Moldovan, Liana Fodoreanu
— Clinica de psihiatrie — Cluj-Napoca

Cercetarea noastră s-a referit atît la studiul fluctuaţiei efective cît şi la studiul fluctuaţiei latente. Desprinderea unor factori care influenţează fluctuaţia se poate face numai prin studierea populaţiei care a părăsit locul de muncă. În acest sens, s-au urmărit din dosarele existente în arhiva întreprinderii, o serie de factori ca : vîrsta, domiciliul, starea civilă, studiile, numărul copiilor, motivul declarat al plecării, profesia. Deoarece la întreprinderea noastră lucrau numai femei variabila sex nu a fost luată în considerare.

Cercetarea a cuprins un număr de 700 de cazuri de persoane care au părăsit locul de muncă pe un interval de doi ani. Ruta fluctuaţiei, care reprezintă numărul muncitorilor plecaţi raportat la întreg personalul întreprinderii, a crescut din anul 1973 pînă în 1975 cu 7,5%.

Analiza datelor relevă faptul că fluctuaţia maximă apare între vîrstele de 19 şi 25 ani (60,6% din totalul populaţiei fluctuante). Această situaţie s-ar putea explica prin aceea că în cadrul acestor vîrste survin cele mai multe modificări legate de : starea civilă, schimbarea domiciliului, îngrijirea copiilor.

În cadrul acestei vîrste fluctuează persoanele domiciliate în mediul urban în proporţie de 41,14% faţă de 12,57% cele din mediul rural. Deci, naveta nu poate fi considerată prin ea însăşi un factor important pentru fluctuaţie.

Procentul de căsătorie (în limitele de vîrstă amintite) este de 44,71% iar procentul de necăsătorite de 16,57%. Se poate deci afirma că starea civilă diferenţiază decizia de părăsire a locului de muncă.

Dintre angajatele între 19—25 ani, fluctuează în special cele care au V—VIII clase, în proporţie de 40%. S-ar părea că o cauză esenţială a fluctuaţiei ar fi lipsa de orientare profesională, absenţa informaţiilor privind profesia în care s-au angajat. De asemenea contactul nemijlocit cu producţia înseamnă pentru unii o dificultate de integrare profesională (ceea ce reiese din faptul că fluctuează în general persoanele care nu au vechime în cîmpul muncii în proporţie de 42%).

Dintre secţiile de la Filatură cele care întrunesc cel mai mare procent de fluctuanţi sînt : bobinaj 27,25%, răsucit 7,57%, ring 26,43%. Aceste secţii au fost supuse unui studiu ergonomic amănunţit.

Paralel s-au aplicat două chestionare care urmăreau să pună în evidenţă factorii ce ar putea influenţa transformarea fluctuaţiei latente în fluctuaţie efectivă. Ele au fost aplicate pe două eşantioane de persoane cu tendinţe de fluctuare şi persoane stabile, de 210 şi, respectiv, 83 de subiecţi.

Întrebările primului chestionar se referă la posibilitatea părăsirii locului de muncă în condiţiile modificării unor elemente ale vieţii profesionale cum ar fi : alegerea întreprinderii, remunerări mai mari, condiţii de muncă mai bune, posibilitatea unei promovări mai rapide, un colectiv în care relaţiile dintre muncitori şi dintre aceştia şi şefi să fie mai bune, o conducere care să manifeste o grijă crescută faţă de om şi nevoile sale spirituale şi materiale, posibilitatea schimbării mai rapide a meseriei practicate, o întreprindere în altă localitate, o secţie în aceeaşi întreprindere

Indicele cel mai mare de stabilitate se obţine la întrebările care se referă la : schimbarea meseriei, schimbarea întreprinderii cu alta dintr-o altă localitate, schimbarea secţiei din cadrul întreprinderii. Acestea nu le putem considera printre cauzele care

Scanned with OKEN Scanner

ar putea determina transformarea fluctuaţiei latente în fluctuaţie efectivă. Şi aceasta deoarece sînt cel mai puţin dorite schimbări atît în grupul de fluctuanţi cît şi în grupul de stabili. În schimb, remuneraţia mai mare, condiţiile de muncă mai bune şi promovarea mai rapidă sînt factori care ar putea determina luarea deciziei de părăsire a locului de muncă.

Întrebările celui de al doilea chestionar se referă la şase domenii : conţinutul muncii ; cadrul organizatoric ; relaţii interpersonale ; informare-participare ; promovare ; condiţii de muncă. Toate cele şase domenii sînt strîns legate între ele. O satisfacţie mărită într-unul din domenii atrage după sine creşterea indicelui de satisfacţie şi în celelalte. La fel, o insatisfacţie într-un domeniu, poate determina insatisfacţia şi în celelalte domenii ale vieţii profesionale şi în felul acesta să ducă la formularea deciziei de părăsire a locului de muncă.

Paralel cu aplicarea chestionarelor s-a iniţiat o anchetă sociologică care să surprindă din discuţiile cu muncitoarele principalele cauze de nemulţumire. Datele anchetei confruntate cu cele ale chestionarelor au arătat că principala sursă de insatisfacţie este cauzată de condiţiile de muncă care nu sînt în concordanţă cu prevederile normelor în vigoare privind protecţia şi securitatea muncii.

O analizare atentă şi aprofundată făcută de conducerea întreprinderii, privitor la toate condiţiile şi nevoile care ţin de viaţa profesională şi extraprofesională a angajaţilor ei, ar fi un prim pas pe calea reducerii fluctuaţiei.

În final, din cumularea tuturor datelor, se poate desprinde profilul unui individ fluctuant ipotetic :

— vîrsta : 19—25 ani
— domiciliul : urban
— starea civilă : căsătorită şi fără copii
— studii : V—VIII clase
— atitudine de izolare, neintegrare în colectiv
— consideră întreprinderea ca sursă de existenţă.

Trebuie însă avut în vedere faptul că acest tip este un tip ideal, care nu se întîlneşte în viaţa de toate zilele. Vom întîlni oameni care să aibă una sau mai multe caracteristici ale tipului ideal, dar nu tipul ideal în întregimea sa. Considerăm că trebuie ţinut cont de aceste caracteristici comune muncitorului şi tipului ideal şi că eforturile conducerii trebuie îndreptate în direcţia corectării şi ameliorării acestor trăsături.

Menţionăm că tipul fluctuantului nu trebuie absolutizat ci trebuie privit ca un complex de trăsături capabile să influenţeze luarea deciziei de părăsire a locului de muncă.

The authors present some factors which can influence the turnover of manpower in a factory. This psychosocial factors give information about age, studies, profession, residence, married or unmarried, children's number.

Data interpretation points out that the highest turnover appear between 19—25 years, to the persons with urban residence, married and without children, V—VIII classes, with an isolation attitude, and who consider the factory like being source.

SOCIALIZAREA — O PRECONDIŢIE A MATURITĂŢII

A. Romilă
— Institutul de medicină şi farmacie — Bucureşti

Aşa cum rezultă din documentele politice, ţara noastră şi-a propus un nivel de dezvoltare excepţional de rapid pe toate planurile care să o apropie în deceniile următoare de nivelul ţărilor avansate industrial. Se apreciază de asemenea că în prezent sîntem în curs de dezvoltare, deci într-un stadiu de tranziţie către o societate socialistă multilateral dezvoltată.

Este firească complexitatea problemelor, chiar a contraindicaţiilor în toate domeniile pe care sîntem datori să le cunoaştem şi să le depăşim.

Psihiatrul actual, se formează în acest orizont cetăţenesc şi politic, ţine cont de problemele sale specifice de acest fond al macrosistemului, de importanţa covîrşitoare a mediului socio-cultural în definirea personalităţii. Mai apropiat de formarea persoanei este ambianţa microgrupului, mai ales diferenţa dintre acesta şi caracteristicile macrogrupului.

O întreprindere reprezintă tipul ideal de unitate microgrupală, în care se poate citi ca la un barometru relaţia macrogrup-microgrup.

Există o mulţime de studii : sociologice, psihologice, economice care aduc date valoroase psihiatrului în legătură cu personalitatea muncitorului actual. Există de asemenea studii psihiatrice care analizează patologia mediului industrial, cauzele nevrozelor şi recomandă soluţii de prevenire. Mediul industrial constituie obiect privilegiat pentru studiile de sănătate mintală.

Lucrarea noastră, nu vrea să descrie o întreprindere anumită ci îşi permite unele generalizări pe baza unor observaţii disparate extrase din viaţa în comun din blocuri, pe stradă, în magazine etc., care pot contribui la perturbarea personalităţii.

Fenomenul de creştere şi schimbare demografică s-a datorat în principal la ceea ce se cheamă „migrarea sat-oraş". Această migrare a implicat mai ales tineretul care se găseşte acum la a 2-a generaţie în mediul industrial. Ea a presupus o transplantare într-un model urban, cel mai ades în primii ani imperfect : la un cămin de şcoală profesională, cu chirie în cartierul fabricii şi lucru cu meşteri formaţi în altă concepţie şi uneori cu tovarăşi de lucru cu pretenţii de superioritate urbană, deşi în fapt purtau amprenta unei subculturi de mahala. Aceasta pentru oraşele mari, pentru unităţile din oraşele mici sau zone agricole, industrializarea a cunoscut mai pregnant un fenomen de masivă ruralizare.

Desigur că elementele cu un intelect puternic şi cu ambiţia de ridicare, au învăţat în orice condiţii şi au urcat scara socială, fiind marcaţi de efort abia după 40 de ani. Ei nu vor intra în lucrarea actuală. Ne interesează mai mult perioada 15—40 de ani, în care subiectul trebuie să dovedească o maturitate socială ceea ce am numit „fenomenul de socializare" şi care din motive care vom încerca să le evidenţiem, eşuează într-un nivel de viaţă inferior, sociopatic.

Este un adevăr istoric că răul este mai puternic decît binele cînd este în aceeaşi proporţie. Deci, în formarea personalităţii, stadiul resocializării mature are de învins tendinţele sociopatice ale altor personalităţi sau ale ei proprii. Am prefera întîi să le enumerăm :

În microgrupul industrial există o structură de conducere cu mai multe nivele : maistru, inginer, organizaţii de masă, administraţie, director, şi de pe altă parte, om al muncii ca lucrător necalificat — ucenic şi lucrător calificat în diferite trepte.

Scanned with OKEN Scanner

Ceea ce poate fi socotit factor de patologie mintală deci ceea ce compromite sănătatea mintală a microgrupului sînt :

— conducerea extrem de laxă care se mulţumeşte cu indicii de plan chiar dacă aceştia sînt obţinuţi într-o atmosferă de dezordine, harababură, de certuri, de abateri de tot felul, de relaţii neomeneşti bazate pe forţă, pe sex, pe mituire, în care personalitatea matură nou venită, chiar dacă are un fond originar de bun simţ, trebuie să-l piardă dacă vrea să se adapteze şi să supravieţuiască. Aici ni se pare evidentă corelaţia dintre gradul de ordine al microgrupului şi tipul de personalitate rezultat.

— mai rar dar totuşi existentă este conducerea extrem de riguroasă, care sancţionează tot şi care de fapt forţează personalitatea uni-dimensionalitate taylor-istă.

— mai importante decît aceste trăsături generale ale cuplului conducător-condus sînt anumite trăsături particulare care pot influenţa socializarea noului venit — este vorba de personalitatea maistrului. Dacă este un model limitat strict la meseria lui, pe care nu are chef să o predea şi tinde să menţină o diferenţă tehnică confortabilă faţă de noul venit păstrînd o izolare şi relaţii minime, el îşi sapă de fapt o prăpastie faţă de noile generaţii care nu-şi fac din profesie decît un mijloc de trai, căutînd modele de viaţă în „mass-media“ modele care de obicei sînt imitate caricatural şi exterior în îmbrăcăminte, distracţii şi relaţii cu ceilalţi.

— influenţa va continua în afara programului, prin consumul abuziv de băuturi alcoolice în grup, galerii pătimaşe la meciuri, dansuri cu o muzică aproximativă şi zgomotoasă sfîrşite cu scandaluri, relaţii teroriste cu sexul opus şi toată această aureolă de „teribilism“ suburbano-primitiv, care determină cu timpul numeroase conflicte şi la locul de muncă pe care subiectul încearcă să le soluţioneze schimbînd întreprinderea, avînd în faţă un potenţial vital, optimism şi acuzînd de persecuţie şi prostie pe cei de unde a plecat.

Toate aceste fapte sociopatice, care în legislaţia veche ar fi căzut chiar sub incidenţa codului penal, care acum îşi cer soluţionarea prin colectivele însăşi, pun într-o lumină nouă problema socializării.

Este uşor de rezumat acest roman de proastă calitate a sociopatului prin eticheta : „lipsă de educaţie“, care la rîndul ei este explicată prin familie dezorganizată, şcolarizare insuficientă.

Ori în condiţiile actuale în care educaţia este condiţionată de procesul muncii, aceasta devine centrul şi pentru celelalte domenii sociale şi mai ales pende valori atît pentru educaţia în mediul familial cît tru principalul domeniu al vieţii sociale care este mediul industrial.

Socializarea presupune deci în mediul industrial, ideea de formare a personalităţii prin selectarea judicioasă pentru un profil tehnic şi prin desfăşurarea unui program organizat de muncă, odihnă, relaţii omeneşti, climat stimulativ pentru perfecţionare şi promovare şi modele pentru organizare a familiei, creşterea copiilor, relaţii cu autoritatea, relaţii cu corpul didactic, relaţii cetăţeneşti cu vecinii, pe scurt un concept de „fericire medie“ în care utilitatea productivă se îmbină armonios şi de-a lungul întregei vieţi cu asimilarea unei moşteniri culturale şi o evitare permanentă a amărăciunii individuale, sterile, a înavuţirii pripite şi abuzive şi evitarea obsesiei exclusive a maşinăriilor dometsice ca şi a turismului pentru turism, cu alte cuvinte a unei vieţi searbede, minate de o mulţime de boli fizice şi psihice şi mai ales de un caracter malformat care este bun numai în a justifica idei mizantropice.

Nu trebuie crezut în ideea rousseau-istă : „că omul este bun de la natură şi este stricat de societate“. Noi credem exact invers că omul este un animal de la natură, insuficient socializat şi nu este de ajuns ca să nu aibă cazier pentru ca să-l socotim un om cumsecade.

Noi sîntem în stadiul în care nu ne mai mulţumesc vechile caracterizări de cadre în care se scria că este un muncitor conştiincios, cinstit şi un bun familist care răspunde la toate chemările obşteşti şi nici dacă şi-a mai adăugat şi locuinţă personală cu toate facilităţile şi şi-a luat şi maşină în rate.

Noi credem că a venit timpul ca muncitorul de azi să includă în spiritul său critic judecăţi de valoare mai complexe care implică o cultură umanistă ce conţine obligatoriu cunoştinţe de psihologie normală şi patologică, de sociologie şi drept, care să-l facă apt să aplice ideea de etică şi echitate fără să confunde aceste noţiuni cu denunţul la legea 18 ;

Afirmăm pe bună dreptate că muncitorul înaintat se intelectualizează şi că se apropie de intelectual care la rîndul lui începe să practice lucrul manual, iar relaţia propriu-zisă a psihiatrului cu mediul industrial este încă sumară şi rezervată procentului relativ mic de subiecţi care cad sub incidenţa curativă.

Psihiatrul va avea de jucat un rol deosebit în multitudinea factorilor educaţionali care au căpătat în ultimul timp şi o funcţie normativă.

El va trebuie să aducă ideea unei pedagogii subtile, diplomatice, rafinate, indirecte în relaţia de grup, ideea negocierii şi ajustării omeneşti, ca să facă să prevaleze plăcerea de a trăi şi munci în grup şi să elimine cu timpul ideea greşită că numai „în somn sau moarte îţi mai găseşti liniştea“ pe cînd în grup trebuie să admiţi un fel de „război fără sfîrşit“.

Psihiatrul concepe educaţia în grup ca un fel de relaţie egalitară însă „înalt egalitară“ şi succesul lui depinde dacă această relaţie nu devine inegală sau egală la nivel inferior.

În timp ce conducerea oficială porneşte şi sfîrşeşte cu producţia şi productivitatea, psihiatrul începe cu un zîmbitor „bună ziua“ şi cu un climat de tensiune creatoare în producţie opusă tensiunilor distructive şi a relaxărilor abulice, a învăţării tonului de discuţie, a cultivării criticii permisive şi a cultivării convingerii că efortul este mai uşor suportabil într-o atmosferă de entuzisam colectiv decît într-un program de „scrîşneli reciproce“. Aşa se ajunge şi la o exigenţă reciprocă care evită duritătile pentru nimicuri ca şi toleranţele pentru lucrurile grave.

Psihiatrul devine astfel un moralist al viitorului fără să-şi pronunţe acest titlu care încă nu şi-a recîştigat o acceptare neinhibată. Este oare o naivitate să mai crezi că buna intenţie nu „pavează“ numai drumul către iad ? Să nu poată fi infirmată ideea că sociabilitatea se leagă de frică, penalizare ?

Socializarea moşteneşte o cantitate imensă de prejudecăţi şi nici odată nu a fost mai compromisă decît în capitalism unde domneşte relaţia băneasă, ori socializarea înseamnă înlocuirea relaţiei băneşti sociopatice cu relaţia întrajutorării etice care întăreşte societatea şi îi dă personalităţii sentimentul de securitate indestructibilă.

Este un nivel pentru care va trebui să luptăm mulţi ani cu toţii pentru a-l consolida şi impune, diminuînd la minimum posibil relaţia sociopatică, pentru că dacă a fost exclusă, obiectiv vorbind din economie, ea persistă în mentalitatea unora fiindcă este mai potrivită cu comoditatea inconştientă animală şi triumful personal care ignoră că sociopatia este pînă la urmă o suferinţă inconştientă, molipsitoare şi care coboară sensul vieţii.

Starting from the idea that the present level of our social life requests correlatively a maturing of the human pesonality. This process depends on the microgroup environment and specifically, according to the macrogroup prospectives.

Examining from a critical standpoint, our personal data concerning the patients originating actually from the industrial and urban area, some conclusions

could be drawn, which might be implemented in our psychiatric practice.

The paper analyzes the managerial structure of different industrial units of the patients, related to the interpersonal relations between executive board and its subordinates, the work and life pattern, the impact of the environment and the premorbide personality.

The study is focused on the main characteristics of the sociopathy in comparison with the process of normal socialization of the mature personality. It is emphasized the role of aspiration and values in order to counterpart the imbalance of the sociopathic traits.

The final part presents some proposals for a program to prevent and control the sociopathy carried-out by a multidisciplinary team in which the psychiatrist plays a prominent part.

RELAŢII SOCIO-JURIDICE ÎN ASISTENŢA PSIHIATRICĂ ACORDATĂ LA NIVELUL LABORATORULUI DE SĂNĂTATE MINTALĂ

C. Stamatiu, Dorina Bugariu
— Cluj-Napoca

Asistăm de cîţiva ani la o înrolare autentică a psihiatriei şi a psihiatrilor în ampla şi laborioasa acţiune de profilaxie.

Se face tot mai frecvent simţită prezenţa specialiştilor în realizarea planului de măsuri privind apărarea şi promovarea sănătăţii mintale a populaţiei, plan elaborat de Ministerul Sănătăţii.

Numărul Laboratoarelor de sănătate mintală creşte de la an la an şi fără îndoială aria preocupărilor acestora devine din zi în zi mai cuprinzătoare, mai complexă, cazuistica mai bogată.

În cadrul atribuţiilor psihoprofilactice deja cunoscute şi puse în practică peste tot acolo unde asemenea unităţi au luat fiinţă, psihoprofilaxiei terţiare s-ar părea că îi mai sînt necesare încă multe îmbunătăţiri şi adaptări la actualitate. Este de fapt vorba de sprijinirea bolnavilor psihici şi defectivilor în problemele legate de şcolaritate, muncă, juridice, aspecte ale vieţii familiale şi de readaptare socială.

Deşi nu s-ar putea afirma că intervenţiile din cadrul acestui tip de psihoprofilaxie sînt ineficiente, este o realitate că în acest domeniu ansamblul măsurilor se pune greoi în mişcare şi nu rareori se loveşte de unele obtuzităţi de înţelegere şi apreciere.

În cadrul L.S.M. Cluj-Napoca se acordă asistenţă psihiatrică de specialitate, ambulatorie şi semi-ambulatorie unui număr apreciabil de bolnavi şi firesc, marea majoritate a acestora, sînt angajaţi în domenii de activitate cu caracter industrial. Formele terapeutice cu care L.S.M.-ul participă la asistenţa acestor bolnavi fac ca într-un număr mare de cazuri să se obţină remisiuni stabile şi în consecinţă să se recomande reluarea activităţii cu scopul primordial al resocializării, al reintegrării profesional-sociale cu o consecinţă directă asupra unei reechilibrări psihice, factor care împreună cu o perseverentă chimio şi psihoterapie contribuie la împiedicarea apariţiei reşutelor.

Observaţii catamnestice ale autorilor acestei lucrări precum şi ale altor colaboratori din L.S.M. Cluj-Napoca, atestă statistic la praguri de semnificaţie semnificative — 0,001, că acolo unde s-a obţinut cooperarea tuturor factorilor care concură la crearea unui climat sanogenetic la reintegrarea în muncă, remisiunile au avut un caracter stabil. În aceste cazuri revenirile bolnavilor la L.S.M. au avut loc exclusiv în cadrul planului terapeutic de dispensarizare şi consolidare. În acele cazuri în care reintegrarea profesională a bolnavului s-a izbit de dificultăţi subiective, determinate de greşita înţelegere a statutului de bolnav psihic sau de particularităţi de ordin administrativ-contabil, remisiunile au fost în scurt timp substituite de stări de deprimare, uneori de nelinişte psihomotrică sau stări de querulaţie cu interpretări paranoide care au impus reluarea procedurilor terapeutice.

Dobîndind de-a lungul timpului o experienţă în acest sens ne-am acomodat metodologia de lucru astfel încît să prevenim pe cît posibil situaţiile de evoluţie nefavorabilă.

În esenţă la preluarea în dispensarizare a unui caz, se întocmeşte o documentaţie cît mai complet posibilă asupra rutei profesionale a bolnavului, a stabilităţii sale profesionale cu diagrama dinamicii locurilor de muncă, profesiograma ultimei activităţi şi a factorilor de relaţie pozitivi sau negativi din mediul profesional.

Conform unei scheme de sectorizare asistentele de ocrotire au în sarcină deplasarea la întreprindere în scopul completării anchetei medico-sociale şi a stabilirii unei legături bipolare cu factorii de conducere din întreprinderea respectivă. De la caz la caz se include în sfera de acţiune a asistentei şi Oficiul juridic al întreprinderii pentru asigurarea unui curent de opinie favorabil profilaxiei prin asistenţa juridică în cazul unor eventuale conflicte.

Cum am arătat, în multe situaţii s-a obţinut înţelegerea şi cooperarea factorilor vizaţi. În alte situaţii însă, au apărut dificultăţi ce nu au putut fi învinse.

A devenit astfel deosebit de actuală necesitatea realizării la nivel de L.S.M. a unei echipe de asistenţă socio-juridică care să sprijine, să coordoneze şi uneori să preia, chiar, problematica bolnavului în scopul soluţionării favorabile a cauzei.

Deşi în actele normative elaborate cu privire la organizarea L.S.M.-urilur sînt prevăzute în schemele de personal, jurişti şi sociologi, persoane care prin specificul specialităţii lor ar asigura fără îndoială o mai bună soluţionare a cazurilor, pînă în prezent, acest deziderat nu este pe deplin satisfăcut. Rămîne în acest caz tot în sarcina echipei de medici, psihologi şi asistente de ocrotire consilierea şi intervenţia pentru psihoprofilaxia terţiară.

În unele cazuri, bolnavii apelează la instanţele judecătoreşti pentru obţinerea drepturilor şi în aceste cazuri documentaţia depusă prin intermediul L.S.M. devine hotărîtoare.

Desprindem din cazuistica noastră trei situaţii, ilustrative credem, cu privire la tematica pe care o abordăm în ceastă lucrare :

Bolnava R.A. 37 ani Dg. Schizofrenie paranoidă. Pensionată la 1 febr. 1975 este preluată de noi cu gradul II de invaliditate. În urma activităţii de dispensarizare în care se asociază chimioterapia cu proceduri psihoterapice individuale, de grup şi familiale, apoi relaxare autogenă, se obţine remisiune cu recomandarea reluării activităţii în calitate de chimistă la o întreprindere industrială.

L.S.M. realizează în prealabil o legătură cu întreprinderea şi arată perspectivele unei bune şi eficiente integrări profesionale.

Întreprinderea manifestă solicitudine acceptă reangajarea şi în acest context bolnava este îndrumată către C.E.C.M. unde se trece în gr. III de invaliditate. Cu un tonus psihic ridicat de perspectiva reluării muncii, bolnava se angajează activ în acţiunea de

pregătire a documentaţiei necesare reangajării. Între timp la nivelul unor servicii administrative ale întreprinderii se constată că unitatea nu mai are post vacant T.E.S.A." astfel încît angajarea nu poate avea loc. Se fac promisiuni că se va interveni la Centrala Industrială pentru a obţine o suplimentare de post. Bolnava face numeroase drumuri la întreprindere, suportă dificil aşteptarea şi primeşte în final răspunsul că Centrala nu aprobă înfiinţarea unui post. Bolnava face apel la diferite instanţe obşteşti, de stat şi politice pentru soluţionarea cererii sale. Între timp revine la unitatea noastră cu o stare de incertitudine, fragilizare a echilibrului psihic global. Tabloul psihic remarcat de noi are ca dominantă pierderea încrederii în forţele proprii, reapariţia unor idei interpretative. Se reia terapia medicamentoasă şi procedurile psihoterapice. Se decide în echipa de asistenţă a L.S.M. să se preia problematica juridică a cazului, se întreprind o serie de demersuri, consultări juridice şi în final se îndrumă şi se asistă bolnava şi familia în faţa instanţei judecătoreşti care pe baza documentaţiei prezentate şi sprijinite de L.S.M. acordă cîştig de cauză şi dispune reangajarea. Durata în timp a acestei acţiuni a depăşit trei luni, perioadă în care asistenţa psihiatrică şi metodele terapeutice au fost menţinute. Deşi s-a soluţionat favorabil cazul, terapia în postcură pe care o menţinem este legitimată de persistenţa unor vagi idei interpretative cu risc de reşută.

Alte două cazuri similare sînt prezentate de O.A. 32 ani inginer electronist în aparatură de calcul şi programare şi M.R. 26 ani muncitor calificat în maşini automate. Ambele cazuri cu diagnostic de schizofrenie simplă remise fără defect ca rezultat al terapiei asociate aplicată la L.S.M. Recomandările noastre pentru reluarea activităţii n-au fost onorate de întreprinderile respective, bolnavii întîmpinînd refuzuri categorice de reangajare motivate de întreprinderi pe seama unor riscuri de ineficienţă. Demersurile directe ale L.S.M. nu au avut rezultate aşa încît s-a decis şi în aceste cazuri intentarea unor acţiuni la judecătorie. S-a reluat terapia psihiatrică pe toată durata acţiunii şi la fel ca şi în cazul precedent, pe baza documentaţiei nemijlocite în faţa instantei s-a obţinut în ambele cazuri cîştig de cauză. Întrucît am constatat în ambele situaţii note de ostilitate din partea întreprinderilor la reluarea posturilor de către bolnavi, am dirijat periodic asistentele de ocrotire către dispensarele de întreprindere cu colaborarea cărora menţinem o netezire a asperităţilor ivite.

PROBLEME ŞI ASPECTE ALE ALCOOLISMULUI ÎN PRACTICA EXPERTIZEI CAPACITĂŢII DE MUNCĂ

P. Brânzei, C. Postelnicu, Al. Avasilcăi
— Spitalul clinic de psihiatrie „Socola" — Iaşi

Pentru practica psihiatrică curentă problematica alcoolismului, în implicaţiile sale cu disponibilităţile şi posibilităţile forţei de muncă ale societăţii la un anumit aspect socio-cultural al acesteia, devine tot mai acută şi cu tot mai angajate aspecte socio-economice.

Un studiu efectuat de o parte din autorii prezentei comunicări (A. Avasilcăi, C. Postelnicu) la o mare întreprindere cu profil minier, pe o perioadă de 5 ani (1971—1975) ne-a arătat că absenţele nemotivate de la serviciu, prezumate şi incriminate a fi cauzate de consumul abuziv de băuturi alcoolice, reprezintă circa 1/3 din totalul lipsurilor de la activităţile productive imputabile factorilor medicali. Această situaţie a fost constatată într-un sector de activitate medicală, în care pentru stările de intoxicaţie etilică ca atare, practic nu se poate vorbi de eliberarea de certificate medicale de incapacitate temporară de muncă. În acelaşi studiu, consumul abuziv de băuturi alcoolice a fost găsit ca fiind principala cauză a situaţiilor conflictuale de microgrup, familiale, cît şi a celor cu aspect contravenţional sau medico-legal. Semnalăm totodată că există indicii de o deosebită fiabilitate medicală că alcoolul favorizează apariţia şi persistenţa ulcerelor gastro-duodenale, gastro-duodenitelor, hipertensiunii arteriale şi chiar a silicozei, adică a principalelor afecţiuni care creează incapacitate temporară de muncă într-o importntă ramură a economiei naţionale.

Cercetări efectuate de M. Şelaru şi A. Socol asupra incapacităţii temporare de muncă, determinată de internările în spital pentru psihosindroame alcoolice, indică că alcoolismul ocupă o pondere relativ însemnată în cadrul morbidităţii psihiatrice cu incapacitate temporară de muncă. Astfel, la Spitalul „Socola", pentru fiecare bolnav etilic media de spitalizare a ajuns la 13,40 zile, dintre care 17,50 pentru femei şi 12,70 pentru bărbaţi. La bolnavii proveniţi din municipiul Iaşi media zilnică de spitalizare a fost de 10,20, respectiv 11,60 pentru femei şi 9,90 pentru bărbaţi. O asemenea situaţie se explică în primul rînd prin rezolvarea la nivelul spitalului „Socola" a cazurilor de intoxicaţii voluntare etilice (beţii obişnuite de stradă) ,survenite la populaţia din municipiul Iaşi. Cea mai mare medie a zilelor de spitalizare a fost găsită la bolnavii cu psihosindroame alcoolice proveniţi din alte judeţe ale Moldovei, în medie 15 zile pentru bolnav (22 zile pentru femei şi 13,20 zile pentru bărbaţi). O situaţie oarecum similară s-a găsit şi la nivelul judeţului Iaşi, unde media de spitalizare a fost de 16,30 zile (15,10 zile pentru femei şi 16,50 zile pentru bărbaţi).

Studiul structurii internărilor pe o perioadă de timp de 10 ani la Spitalul clinic de psihiatrie „Socola" Iaşi indică că alcoolismul reprezintă 10,83% din totalul internărilor în această unitate. Pentru totalul internărilor în spitalul „Socola" pe anii 1960—1969 alcoolismul ocupă locul al IV-lea după sindroamele nevrotice, depresive şi epileptice. La internările pentru bolnavii de sex masculin alcoolismul se situează pe locul al IV-lea la femei. La nivelul municipiului Iaşi alcoolismul ocupă, în ceea ce priveşte frecvenţa printre celelalte boli, locul al III-lea după sindroamele nevrotice şi depresive, bărbaţii situîndu-se pe locul al II-lea, iar femeile pe locul al IV-lea. În raport de grupele de vîrstă, se constată predominanţa masivă a alcoolismului la grupele de maximă angajare şi responsabilitate socio-productivă. Statistica prezentată de M. Şelaru şi A. Socol indică următoarea distribuţie a internărilor în raport de grupele de vîrstă : 1,56% (16—20 ani) ; 1,12% (21—25 ani) ; 18,80% (26—30 ani) ; 18,27% (31—35 ani) ; 20,69% (36—40 ani) ; 17,27% (41—45 ani) ; 10,27% (46—50 ani) ; 7,50% (51—55 ani) ; 4,88% (56—60 ani) ; 2,18% (61—65 ani) ; 0,78% (66—70 ani).

Distribuţia formelor clinice fundamentale de alcoolism la bolnavii luaţi în studiu în lotul amintit de la Spitalul „Socola" este de 72,73% pentru alcoolofilii, 19,76% alcoolomanii şi 7,5% stări de beţie obişnuită. La nivelul municipiului Iaşi alcoolofiliile au fost găsite ca reprezentînd 69,96%, alcoolomaniile 14,97%, iar stările de beţie obişnuită de 15,05%.

După datele Oficiului interjudeţean de expertiză şi recuperare a capacităţii de muncă Iaşi, alcoolismul ca

Scanned with OKEN Scanner

afecţiune invalidantă are o pondere de 3 pînă la 4% în ansamblul morbidităţii prin afecţiuni psihice invalidante. Tabelul de mai jos este concludent în sensul că se asistă realmente la o creştere a numărului de pensionari prin diferite psihosindroame alcoolice.

Tabelul nr. 1

Anul luat în studiu	Cazuri noi de Invaliditate întrate în evidenţă	Invaliditatea prin boli psihice exprimate % faţă de total invaliditate	Invaliditatea prin alcoolism exprimată în % faţă de total boli psihice
1970	575	13,4%	3,0%
1971	663	12,9%	2,9%
1972	704	14,4%	3,6%
1973	834	15,7%	3,9%
1974	1264	20,4%	4,5%
1975	1100	17,6%	3,7%

În raport de aspectele invalidităţii datele noastre indică invaliditate de gradul I în 1,6% din cazuri, de gradul II în 26,3% din cazuri şi de gradul III în 71,6% din cazuri. Aceste cifre indică că aproape 1/3 din bolnavii cu invalidităţi cauzate de alcoolism sînt totalmente dependenţi sociali. Semnalăm totodată marile dificultăţi de încadrare în muncă al bolnavilor etilici aflaţi în gradul III de invaliditate, care practic aproape în toate situaţiile nu şi-au reluat activitatea profesională. Cercetara este efectuată anterior prevederilor legii nr. 3/1977.

Analiza incapacităţii permanente de muncă prin psihosindroame alcoolice subliniază creşterea frecvenţei alcoolismului cu implicaţii invalidante la femei, reflectat în creşterea raportului M/F de la 1 : 8 în 1969 la 1 : 5 în 1975. Distribuirea pensionărilor în raport de formele clinice de alcoolism indică că tulburările de personalitate însoţite de fenomene de dezadaptare socială, asociate cu manifestări de etilism cronic, reprezintă 74,4% din totalul pensionărilor efectuate pe seama alcoolismului, în timp ce alcoolismul cronic cu tulburări psihice de tip psihotic ajunge la 21,6% iar alcoolismul cronic cu manifestări psihopolinevrotice (de tip sindrom Korsakov) ajunge la 2%. Din aceste date reiese că o pondere deosebită în ansamblul morbidităţii invalidante prin alcoolism o ocupă cazurile de alcoolism cronic, la care se prezumează relativ mari disponibilităţi restante de muncă.

Într-o populaţie de 41.000 oameni ai muncii din Iaşi, aflaţi în diferite ramuri industriale, la care în curs de apraope un deceniu s-a ajuns la un număr de 1870 bolnavi pensionari revizuibili. N. Parus, Carola Offenberg şi Lucia Dumitriu au găsit o morbiditate prin boli psihice cu caracter invalidant de 420 cazuri, adică 22,4% din totalul morbidităţii generale. În cadrul acestei morbidităţi prin boli psihice, alcoolismul a fost incriminat ca fiind principala cauză de invaliditate în 7,8% din cazuri. În acest lot de studiu în ansamblul morbidităţii invalidante prin boli psihice, alcoolismul cu tulburări psihice se situează pe locul al IV-lea, gradul II şi III de invaliditate fiind aproximativ egal ca procentaj (50%). Din datele acestor autori se poate trage concluzia de principiu că în ansamblul salariaţilor din mediul industrial alcoolismul are implicaţii invalidante mai mari decît la restul categoriilor de oameni ai muncii.

Observaţiile noastre indică că bolnavii etilici nu se manifestă prin preocupări de a-şi continua activitatea profesională sau a presta activităţi lucrative cu regim retribuit. De foarte multe ori pensionarii cu diagnosticul de etilism prezintă solicitări inoportunant-cverulente de a fi revizuiţi şi trecuţi la grade superioare de invaliditate, îşi cheltuiesc banii obţinuţi în virtutea dreptului de pensie pentru procurarea în continuare de băuturi alcoolice şi prea puţin pentru nevoile familiei sau alte nevoi personale. O asemenea situaţie generează tensiuni şi nedumeriri în colectivităţi, sesizări şi reclamaţii mai mult sau mai puţin îndreptăţite la adresa statutului social aj acestor indivizi şi îndatoririlor colectivităţii faţă de ei. Din aceste manifestări sociale rezultă că o parte din opinia publică, în special cea de factură informală, asimilează etilismul cu caracter invalidant cu diverse forme de parazitism social. O asemenea situaţie o explicăm prin faptul că etilismul este asimilat în totalitate cu statutul de boală numai la nivelul asistenţei medicale terapeutice, dar nu şi pe plan medico-social la nivelul organismelor componente, deoarece problema etilismului invalidant impune discuţii, precizări ca şi stabilirea unei conduite metodologice şi de doctrină cu luarea în seamă a unui complex informaţional mult mai larg. Astfel, în condiţiile ţării noastre Decretele 153/1970 şi 76/1975 conţin prevederi care fac delimitări precise între drepturile de asistenţă medicală propriu-zisă terapeutică şi cele de ordin socio-economic pentru indivizii în stare de intoxicaţie etilică.

Potrivit Decretului 76/1975 intoxicaţia etilică, alias ebrietatea alcoolică, nu este asimilată pe plan socio-economic noţiunii de boală şi este supusă unui regim special faţă de prevederile legislative şi normative pentru bolile fizice şi psihice în ceea ce priveşte regimul economic al spitalizărilor, acordării de concedii medicale etc. De altfel, după investigaţiile noastre, pînă în prezent nu se poate vorbi la noi de o precizare doctrinară de o factură explicită privind atitudinea medico-socială care trebuie avută în cazul etilicilor ce prezintă modificări ale capacităţii de muncă. Amintim, spre exemplu, că în cadrul organizaţional militar, mediu cu o bogată şi îndelungată experienţă privind expertiza capacităţii pentru îndeplinirea îndatoririlor militare, etilismul cronic cu tulburări psihice este recunoscut ca o afecţiune incompatibilă cu efectuarea serviciului militar. Dar aceeaşi afecţiune nu poate fi însă invocată ca motiv de obţinere a unei pensii medicale pe seama serviciului efectuat în forţele armate, deoarece normele de expertiză a capacităţii de muncă pentru militari nu includ alcoolismul şi în general toxicomaniile printre afecţiunile care acordă drepturi de pensionare. Criteriile de diagnostic clinic funcţional şi al capacităţii de muncă în vederea expertizei şi recuperării deficienţelor psihice apărute sub egida Ministerului Sănătăţii, Ministerului Muncii, Academiei de Ştiinţe Medicale (Bucureşti 1975) nu abordează şi nu pun în discuţie problema alcoolismului şi probabil nu întîmplător. Subliniem faptul că aceste criterii sînt singurele materiale de specialitate existente în ţara noastră cu conţinut doctrinar privind problema sus amintită. Pînă la data redactării prezentei comunicări nu s-au dat publicităţii Criteriile medicale de diagnostic clinic, diagnostic funcţional şi de evaluare a capacităţii de muncă care trebuie întocmite de Ministerul Sănătăţii şi Ministerul Muncii şi aprobate de Consiliul Sanitar Superior şi Consiliul Central al Uniunii Generale a Sindicatelor potrivit art. 6 din Decretul Consiliului de Stat nr. 216/12 iulie 1977, privind criteriile şi normele de încadrare în grade de invaliditate.

Notăm faptul că destul de des diagnosticul psihiatric, şi îndeosebi diagnosticul de alcoolism ca atare, generează stări de tensiune şi uneori chiar conflicte între bolnav şi medic, între bolnav şi microgrup sau colectivitate, între bolnav şi diversele organisme instituţionalizate pentru prezervarea drepturilor societăţii. Diagnosticul de alcoolism antrenează pentru indivizii în cauză nu numai implicaţii benefice, avantajoase, ci şi implicaţii cu caracter restrictiv socio-profesional sau chiar dezavantajos faţă de statutul altor bolnavi. Astfel, autori de mare prestigiu ca I. V. Strelciuk susţin punctul de vedere că alcolicii cu tulburări grosolane ale personalităţii, cu pierderea dominantei pentru ac-

Scanned with OKEN Scanner

tivităţi productive şi o direcţionare exclusiv către o viaţă parazitară trebuie retraşi din societate în colonii speciale de muncă. Decretul Sovietului Suprem al R.S.F.S.R. din 1 septembrie 1967 despre tratamentul obligator şi tratamentul prin muncă al alcoolicilor înrăiţi furnizează cadrul juridic şi organizaţional pentru materializarea şi realizarea punctului de vedere sus amintit. Unele date de observaţie ale unor colective de cercetare de la Spitalul „Socola" indică o apropiere de concluziile autorilor sovietici, deoarece alcoolicii apţi de muncă, recunoscuţi ca atare la nivel de clinică de psihiatrie, lucrează abia 1 zi din 3 în cadrul spitalizărilor în profil exclusiv de ergoterapie. În condiţiile ţării noastre socotim că o rezolvare corespunzătoare a acestei situaţii s-ar putea efectua în cadrul organizaţional prevăzut de legea nr. 25/1976 şi 26/1976.

În societatea noastră nu există, ca spre exemplu în Uniunea Sovietică, nici o practică socială şi nici prevederi legale ca în cazul pensionării bolnavilor etilici comisiile de expertiză a capacităţii de muncă să emită recomandări organelor de resort, astfel încît plata pensiei să se efectueze exclusiv familiei bolnavului şi nu posesorului deciziei de pensie. Socotim că printre alte măsuri care s-ar impune pe plan administrativ-social în combaterea etilismului ar fi necesară şi adaptarea unor măsuri de genul celor susamintite anterior, existente în U.R.S.S. La bolnavii etilici aflaţi în observaţiile noastre nu am întîlnit cazuri de punere sub interdicţie, deşi apreciem că pentru anumite situaţii particulare o asemenea măsură s-ar impune cu prioritate printre alte măsuri de ordin social, ca fiind singura posibilă de a fi aplicată în cadrul nostru legislativ, astfel încît să poată asigura familiei un control asupra indivizilor cu manifestări aberante.

În activitatea practică de expertiză a capacităţii de muncă nu puţine sînt greutăţile cauzate în stabilirea atitudinii medico-sociale şi psiho-profesionale de modul cum se formulează în reţeaua de asistenţă terapeutică diagnosticul de etilism, cît şi ce conţinut şi implicaţii medico-sociale se acordă diferitelor formulări diagnostice. Observaţiile noastre indică că eticheta de etilism cronic generează cele mai multe dificultăţi, nedumeriri şi divergenţe de opinii la nivelul comisiilor de expertiză. Dat fiind faptul că şi în literatura de specialitate există numeroase puncte de vedere nu totdeauna concludente privind această noţiune, socotim că s-ar impune pe plan naţional stabilirea conţinutului medico-psihiatric al diagnosticului de etilism cronic. Amintim, spre exemplu, că manualul de psihiatrie apărut sub redacţia prof. V. Predescu aproape că nici nu aminteşte de această categorie nosografică, în timp ce prof. P. Brânzei în „Itinerar psihiatric" expunînd problema alcoolismului cronic se apropie în mare măsură de punctul de vedere formulat de cercetătorii sovietici. Din datele noastre de observaţie, rezultă că în reţeaua medicală se face abuz de termenul de alcoolism cronic şi că sub această etichetă se ascund de fapt dependenţele patologice faţă de alcool, în care lipsesc de fapt simptomele de degradare psihofizică a personalităţii, elemente axiale pentru susţinerea diagnosticului de etilism cronic. Pentru raţiuni legate de acurateţea şi fiabilitatea medicală a recomandării de expertiză, cît şi a implicaţiilor sale medico-sociale, opinăm că este necesar ca diagnosticul de etilism cronic să fie formulat rar, aşa cum susţin, de altfel, D. D. Fedotov & E. A. Babaian şi numai pentru cazurile grave, în care există simptome evidente de leziuni organice ale sistemului nervos central şi organelor interne, asociate cu semne concludente de degradare psiho-fizică. Noi socotim că diagnosticul clinic ar trebui să cuprindă în mod obligator şi elemente privind sensul de evoluţie al bolii. În ceea ce ne priveşte, apreciem că formula diagnostică de etilism cronic compensat, subcompensat şi decompensat, propusă de I. V. Strelciuk ar fi acceptabilă pentru necesităţile expertizei capacităţii de muncă, dar că se impune şi recunoaşterea altor formulări, ca spre exemplu etilism cronic în remisiune.

Problematica medico-socială a alcoolismului legată de aprecierea şi expertiza capacităţii de muncă este actualmente prea complexă şi prea angajată pe plan social pentru a putea fi rezolvată prin forţele şi acţiunile reţelei medicale şi de prevederi sociale. Creşterea morbidităţii invalidante prin alcoolism fiind legată în bună parte şi de aspecte socio-culturale, se impun măsuri şi decizii de reducere şi corectare a acestui aspect social prin antrenarea intervenţiei şi responsabilităţii active a diferite ministere, cît şi a forurilor de decizie strategică politico-socială a societăţii. Dat fiind experienţa ţărilor vecine, cît şi cea din ţara noastră, socotim că în arborele de decizii privind combaterea alcoolismului se impun măsuri care şi-au dovedit deja eficacitatea socială şi în primul rînd măsuri de educaţie socială, influenţă şi acţiune obştească.

RELAŢII ÎNTRE ACCIDENTELE DE MUNCĂ ŞI PARTICULARITĂŢILE PSIHOSOMATICE ALE ANGAJAŢILOR DIN INDUSTRIA MINIERĂ ŞI GEOLOGICĂ

P. Iotovici, C. Postelnicu, Al. Avasilcăi
— Cîmpulung Moldovenesc

Problematica accidentelor de muncă în industria modernă este de mare actualitate nu numai prin aspectul său de intervenţie a organelor specializate ale protecţiei muncii, cît mai ales prin aspectul social pe care îl generează, aspect cu multiple implicaţii atît pentru individ, decese, invalidităţi temporare sau permanente, modificări ale capacităţii de muncă care impun recalificări etc.) cît şi pentru societate (plata de pensii, dezorganizarea vieţii de familie, influenţa negativă asupra psihologiei de microgrup sau colectivitate, influenţă asupra producţiei, etc.).

În industria minieră accidentele de muncă survin mai frecvent decît în alte sectoare ale muncii industriale iar uneori capătă un aspect de gravitate deosebită.

Cercetarea efectuată de noi la o întreprindere de explorări miniere şi cercetări geologice cu activitatea în partea de nord a ţării, ne indică că în pofida creşterii activităţii şi atenţiei serviciilor de specialitate privind protecţia muncii pentru reducerea accidentelor de muncă, acestea rămîn o importantă problemă în atenţia tuturor factorilor de organizare a procesului de producţie cît şi a respectivului colectiv de muncă.

Situaţia accidentelor de muncă la această unitate pe o perioadă de 6 ani şi 1/2 este următoarea :

Dacă în ansamblu, situaţia epidemiologiei accidentelor de muncă cu semnificaţie de pierdere temporară a capacităţii de muncă poate fi apreciată ca neîngrijorătoare, nu acelaşi lucru se poate afirma despre accidentele generatoare de existus şi invaliditate. Prezenţa unei fatalităţi a constantei acestui tip de accidente, indică la o analiză mai detaliată a factorilor generatori ai accidentelor, nu atît condi-

Scanned with OKEN Scanner

ţiile de muncă, procesul tehnologic ca atare, ci factorii psihofiziologici şi de morbiditate a forţei de muncă care trebuie studiaţi de o manieră exhaustivă.

În perioada luată în studiu, cauzele generatoare ale accidentelor de muncă, în raport de codul pe 22 cauze, au fost următoarele :

	1971	1972	1973	1974	1975	1976	Sem. I 1977
Nr. total de oameni ai muncii	1.484	1.401	1.469	1.540	1.698	1.859	2.003
Nr. de accidente :							
a) cu incapacitate temporară de muncă	22	18	17	21	25	23	18
b) cu invaliditate	—	4	2	3	3	3	1
c) cu exitus	—	—	—	—	1	1	1
Total	22	22	19	24	29	27	20
Nr. de zile de incapacitate temporară de muncă	1.049	1.169	1.081	945	958	883	702
Nr. de zile de concediu medical pentru invaliditate	—	606	332	436	371	552	82
Sume achitate (Lei)	44.777	83.062	92.524	88.800	93.933	99.144	3.450
Indice de frecvenţă	14,82	15,70	12,34	15,58	17,08	14,55	18,89
Indice de gravitate	706,87	1266,95	961,88	896,75	782,69	771,92	782,82

Tabelul nr. 2

Nr. crt.	Denumirea cauzei	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977
	MUNCITORI LA SUPRAFAŢĂ							
1.	Organe de maşini în mişcare	—	—	—	—	—	—	—
2.	Transp. manipulări de materiale	3	1	3	1	2	2	2
3.	Mijloace de transport CFI, vagonete, auto, etc.	—	—	1	—	—	1	—
4.	Căderea accidentului	1	—	—	1	2	1	2
5.	Căderea obiectivelor	—	—	—	3	1	—	1
6.	Arsuri	—	—	—	—	—	1	—
7.	Electrocutări	—	—	—	—	—	—	—
8.	Alte cauze	—	2	2	1	2	3	1
	Total	4	3	7	6	7	8	7
	MUNCITORI ÎN SUBTERAN							
9.	Surpări	—	—	—	—	—	1	1
10.	Căderi de roci	1	4	4	6	6	3	3
11.	Căderi de materiale	2	—	3	1	2	1	1
12.	Căderea accidentului	2	2	2	2	4	3	2
13.	Transp. materiale	3	2	2	2	4	3	2
14.	Transp. pe plan înclinat	—	—	—	—	—	—	—
15.	Transp. pe puţuri şi suitori	—	1	—	1	—	—	—
16.	Explozii de metan şi praf	—	1	—	—	—	1	—
17.	Lucrări de manipulare cu exploziv	—	2	—	2	—	1	—
18.	Atmosferă toxică	—	—	—	—	—	—	—
19.	Electrocutări	—	—	—	—	—	—	—
20.	Lucrări cu unelate	5	5	2	2	5	1	1
21.	Organe de maşini în mişcare	3	1	—	1	2	2	—
22.	Alte cauze	2	1	—	2	2	4	2
	Total	18	19	12	18	22	19	11

Din acest tabel rezultă că destul de numeroase accidente pot fi puse în seama factorului om, că situaţia poate fi comparată pînă la un punct cu aceea privind accidentele de circulaţie. Dintr-o asemenea aserţiune nu trebuie trasă aprioric concluzia că forţa de muncă, muncitorul ca atare, sînt vinovaţi de pro-

ducerea accidentelor sau catastrofelor ci că anumite caracteristici psihofiziologice ale forţei de muncă trebuie luate în seamă în explicarea acuzelor accidentelor de muncă şi mai ales în profilaxia lor.

Din datele observaţiilor noastre rezultă că, în explicaţia accidentelor de muncă au rol următorii factori legaţi de om :

A — *Factori psihosociologici.*

Dat fiind condiţiile particulare ale muncii în mină, se impune ca muncitorii să respecte cu stricteţe normele de protecţie a muncii să fie ferm convinşi că respectarea riguroasă a disciplinei este o condiţie sine qua non a însăşi existenţei lor. Datorită marei morbidităţi a forţei de muncă cît şi a altor factori care vor fi analizaţi în alte comunicări din cadrul acestei sesiuni, mulţi muncitori care lucrează în mină nu au o educaţie profesională în acest sens. Elementele etichetate în limbajul comun ca fiind indisciplinate, în realitate structuri instabile sau chiar disarmonice, venite pentru a lucra în mină atrase de mirajul unor cîştiguri mari sau sub acţiunea unor factori conjuncturali furnizează un numeros contingent de accidentaţi prin uşurinţa cu care iau în seamă prescripţiile de specialitate privind protecţia muncii.

Munca de miner necesită un stagiu îndelungat în profesiune. După datele noastre abia după 2—4 ani de muncă în sectorul minier, o persoană cu însuşiri şi aptitudini adecvate, capătă deprinderi şi comportamente conforme exigenţelor profesiunii de minier. Accidentele survin mult mai rar la muncitorii bine profesionalizaţi şi cu conştiinţa şi cunoştinţele necesare profesiunii de miner. În pofida acestei realităţi nu trebuie subestimat nici rolul rutinei şi al obişnuinţei cu pericolul muncii în mină.

În observaţiile noastre există accidente grave care s-au petrecut la minieri cu experienţă şi stagii îndelungate în muncă, tocmai datorită rutinei şi prea marei încrederi în sine.

Încrederea nemăsurată în sine este un element de natură a provoca adeseori accidente în condiţiile dificile şi riguroase ale muncii în mină.

În constatările noastre am ajuns la concluzia că mulţi muncitori mineri au un nivel redus de reprezentare asupra pericolului accidentelor. Printre alţi factori acest lucru se explică şi prin lipsa spiritului de corp şi a tradiţiilor muncii de miner constatate la grupurile luate în studiu de noi. Recrutarea forţei de muncă pentru sectorul minier aproape în totalitate din mediul rural, explică în parte această situaţie.

Un alt aspect care nu trebuie minimalizat este şi cel al controlului care trebuie efectuat asupra cunoştinţelor şi respectării normelor de protecţia muncii. Controlul trebuie astfel dozat încît printr-o repetare excesivă, să nu ducă la oboseală sau chiar la reacţii de protest şi implicit la efecte inverse celor scontate, prin folosirea sa.

B. — *Factori psiho- şi biomedicali*

În geneza unor accidente luate în studiu de noi se poate incrimina şi consumul anterior de alcool. Deşi administraţia întreprinderii a luat şi ia măsuri severe împotriva acelora care vin la lucru sub influenţa consumului de băuturi alcoolice, totuşi nu poate depista situaţiile socio-profesionale survenite ca urmare a unui consum abuziv de băuturi alcoolice cronic sau prexistent intrării în producţie. Problema alcoolismului în colectivităţile miniere trebuie înscrisă ca o măsură de psihoprofilaxie de mare anvergură şi necesitate socială.

Semnalăm pe de altă parte lipsa unei concepţii de doctrine medicale privind angajările în sectorul minier, ca un vechi aspect care generează ulterior posibilitatea şi perspectiva apariţiei de accidente de muncă.

Actualele reglementări şi mai ales practici de angajare a forţei de muncă în sectorul minier nu subvin asigurării unui fond biopsihic corespunzător exigenţelor muncii de minier. La actualul nivel de dezvoltare al ştiinţelor şi practicii medicale apreciem că pentru angajarea în sectorul minier s-ar impune riguroase examene clinice biofizice, biopsihice cît şi de testare psiho-fiziologică. Pentru industria minieră, poate mai multe decît în alte sectoare industriale, se impune prezenţa şi organizarea de laboratoare de psihosociologie, validarea unor examene şi teste adecvate exigenţelor diverselor profile profesionale.

În observaţiile noastre ne-a fost aproape imposibil a stabili corelaţii între starea somatofizică şi accidente. Subliniem că în cazul activităţilor miniere cu o mare rază de răspîndire geografică, este deosebit de greu a asigura examene periodice la un nivel tehnic adecvat pentru colectivităţi şi grupuri izolate sau cu un mare grad de mobilitate geografică.

Problema accidentelor de muncă o considerăm a fi de resortul domeniului de studiu a diverse discipline ca şi al unor echipe complexe de specialişti cu profile variate de pregătire. Profilaxia lor o întrevedem atît prin perfecţionarea securităţii muncii cît şi mai ales printr-o atenţie deosebită acordată aspectului biopsihic al forţei de muncă.

RELAŢIA — OM-TEHNICĂ ŞI CIVILIZAŢIA CONTEMPORANĂ

C. Gh. Marinescu, I. Dodea
— *I.M.F. Iaşi*

Istoria a infirmat supoziţiile pesimiste, minimalizatoare ale unor autori cu privire la nivelul progresului tehnico-ştiinţific realizat de societatea umană în condiţiile feudalismului. Această formaţiune nu a reprezentat un moment de involuţie la scara progresului economic şi tehnico-ştiinţific, o pată albă în istoria civilizaţiei umane, pentru că altfel nu s-ar putea explica marile descoperiri geografice care au fost posibile doar în condiţiile perfecţionării tehnicii construcţiei mijloacelor de navigaţie pe mări şi oceane şi nici vestitele civilizaţii medievale care au excelat prin edificii celebre (catedrale, palate, monumente etc.) în realizarea cărora a fost implicată, în mod direct, tehnica, instrumente ştiinţifice de calcul şi măestria forţei de muncă. Aceste cuceriri au influenţat şi relaţiile sociale în ansamblu, au determinat creşterea intereselor latifundiarilor pentru o producţie agricolă sporită şi totodată apariţia unui tip nou de relaţii de producţie care prevesteau geneza noii formaţiuni sociale.

Capitalismul a realizat un progres uriaş, în raport cu formaţiunile anterioare, în domeniul dezvoltării forţelor de producţie şi al productivităţii muncii sociale, îndeosebi în perioada revoluţiilor industriale, toate acestea ilustrîndu-se într-un nivel superior al civilizaţiei, al condiţiilor de muncă şi de viaţă a oamenilor.

Referindu-se la această mutaţie incomensurabilă în planul relaţiei om—tehnică, Marx şi Engels relevau următoarele : „Burghezia a creat, în decursul dominaţiei ei de clasă mai multe şi mai uriaşe forţe de producţie decît toate generaţiile trecute laolaltă. Subjugarea naturii, maşinismul, aplicarea chimiei în industrie şi agricultură, navigaţia cu aburi, căile ferate,

Scanned with OKEN Scanner

telegraful electric, desţelenirea unor întregi continente, fluvii făcute navigabile, populaţii întregi ieşite din pămînt — care dintre secolele trecute ar fi putut bănui că în sînul muncii sociale dormitau astfel de forţe de producţie."

După cum se ştie însă progresul înfăptuit de formaţiunea capitalistă a fost limitat şi contradictoriu fiind realizat în cadrul relaţiilor de producţie întemeiate pe proprietatea privată şi exploatarea socială ceea ce a făcut ca de pe urma acestui progres să beneficieze aproape în exclusivitate clasele potentate şi să apară încă din secolul al XVII-lea cutezătoare curente de gîndire contestatoare, protestatoare la adresa capitalismului.

„Burghezia şi-a putut celebra triumful istoric în planul economiei cu preţul unei parţializări umane fără precedent, a mutilării psihice şi sărăcirii spirituale a muncitorilor care în această perioadă sînt transformaţi în simple anexe ale maşinii".

În epoca contemporană omenirea este martora unui nou şi impresionant salt calitativ în domeniul relaţiei om—tehnică la baza căruia se află, după cum se ştie, revoluţia ştiinţifică şi tehnică de dimensiuni universale şi care a determinat o suită de consecinţe imprevizibile. Aceasta reprezintă cel mai spectaculos salt pe care l-a cunoscut istoria în relaţiile dintre om şi natură în cunoaşterea de către om a legilor ei, în dezvoltarea forţelor de producţie, în transformarea bazei tehnice a producţiei, determinînd schimbarea radicală a condiţiilor producţiei sociale, a profilului producţiei moderne, a proceselor de producţie şi a conducerii acestora, a formelor concrete de muncă, a caracterului muncii şi a corelaţiei dintre om şi tehnică".

Automatizarea, cibernetizarea, mărirea gradului de eficienţă a tuturor proceselor energetice precum şi alte cuceriri ale ştiinţei moderne şi-au pus amprenta asupra naturii proceselor de producţie asupra perfecţionării instrumentelor de muncă, a relaţiei om—tehnică.

Trăim în epoca în care ştiinţa nu mai reprezintă o componentă adiacentă a procesului de producţie ci o parte intrinsecă a acestuia, o forţă nemijlocită de producţie. Asistăm la industrializarea cercetării ştiinţifice. Ciclul producţiei se împarte practic în două etape: *producţia ştiinţifică* şi *producţia materială*, ceea ce demonstrează că munca oamenilor de ştiinţă devine o parte integrantă a muncii industriale. Ştiinţa formează azi o ramură a producţiei materiale.

În epoca contemporană ştiinţa, tehnica şi producţia au cunoscut atît afirmarea lor autonomă cît şi consolidarea legăturilor dintre ele, a unităţii lor.

Dacă în trecut ştiinţa se situa în urma tehnicii, astăzi ea se plasează atît înaintea acesteia cît şi a producţiei, netezîndu-le drumul, facilitîndu-le dezvoltarea progresivă. În comparaţie cu perioadele anterioare, în condiţiile revoluţiei tehnico-ştiinţifice actuale se asistă la scurtarea cu peste 60 de ani a perioadei care desparte descoperirea tehnico-ştiinţifică de aplicarea ei în procesul producţiei materiale.

Cercetarea ştiinţifică capătă o dimensiune economică proprie cu implicaţii directe asupra progresului economic, asupra relaţiei om—tehnică, a ridicării condiţiilor de viaţă, a gradului de confort şi civilizaţie.

Sociologul francez J.J. Schreiber afirma în acest sens că ceea ce este fecund şi decisiv în economia contemporană este asocierea factorului de cercetare cu intfrastructura şi cu mijloace de finanţare. Aprecieri semnificative intervin şi în lucrările sociologului G. Gurwitch cu privire la extinderea considerabilă a instrumentelor, a tehnicilor de cercetare ştiinţifică.

Sugestiv este faptul că 90% din totalul oamenilor de ştiinţă din toate timpurile trăiesc în zilele noastre.

Revoluţia ştiinţifico-tehnică marchează şi o schimbare esenţială a locului şi rolului omului în procesul de producţie. Noile cuceriri tehnico-ştiinţifice, permit înlocuirea aproape totală a muncii fizice şi suplinesc considerabil munca intelectuală. Ea exercită o influenţă puternică asupra vieţii sociale, schimbă tot mai mult activitatea oamenilor, cît şi pe ei înşişi, influenţează puternic concepţia despre lume a omului, determină mutaţii în viaţa spirituală, în modul de existenţă cotidiană.

Revoluţia ştiinţifică-tehnică influenţează viaţa umană, statutul existenţial al omului în primul rînd prin modificările pe care le produce în sfera muncii.

Industria modernă, cu ajutorul maşinilor, al proceselor chimice şi a altor metode, „transformă continuu, odată cu baza tehnică a producţiei, funcţiile muncitorilor şi combinaţiile sociale ale proceselor de muncă. Prin acest fapt ea revoluţionează continuu diviziunea muncii din cadrul societăţii şi mînă neîncetat mase de capital şi de muncitori dintr-o ramură a producţiei într-alta. Natura marii industrii presupune deci schimbarea felului de muncă, fluiditatea funcţionării, mobilitatea multilaterală a muncitorului".

Automatizarea a dus între altele la eliberarea omului de muncă servilă dezumanizantă. Maşinile, complexele de maşini unelte îndeplinesc azi sarcinile tradiţionale ale muncitorului scutindu-l tocmai de acele munci care erau cel mai puţin esenţial umane. În felul acesta prin extinderea proceselor de automatizare şi cibernetizare a producţiei sînt solicitate doar reflexele, determinismele forţei de muncă, a muncitorului industrial.

Eliberîndu-se de muncile brute, extenuante, omul devine disponibil pentru activităţi mai complexe ale civilizaţiei: intelectuale, artistice, morale etc.

Se poate spune deci că revoluţia tehnico-ştiinţifică ai cărei beneficiari sîntem determină practic o „revoluţie" în relaţia om—tehnică, implicaţii umane fără precedent, posibilităţi de elevare spirituală a omului, de penetrare a valorilor civilizaţiei contemporane.

Progresul tehnico-ştiinţific influenţează tipurile de structuri sociale ale populaţiei: de clasă, profesională, de calificare. În ramurile cele mai moderne ale industriei care au o importanţă decisivă pentru dezvoltarea forţelor de producţie se formează contingente tinere de muncitori, cu o înaltă calificare.

Automatizarea şi mecanizarea complexă a proceselor de producţie determină reducerea numărului de profesii, apariţia unor profesii de larg profil, a dublei calificări şi extinderea policalificării. Pe baza perisabilităţii rapide a cunoştinţelor se remarcă o tendinţă spre universalitate, spre formarea unor specialişti cu un larg orizont profesional, tehnico-ştiinţific.

Cu legitim temei remarcă unii autori sovietici ca Volkoy că dinamismul metamorfozelor sociale şi al gîndirii, automatizarea şi ridicarea calificării muncitorilor a determinat intelectualizarea procesului muncii. Omul zilelor noastre nu mai este un om unilateral în plan profesional ci dispune de capacitatea de a gîndi creator şi de a aspira spre integralitate şi universalitate profesională.

Limitarea considerabilă a timpului de muncă cotidian şi săptămînal, Wekendu-l de sîmbătă şi duminică, devenit tradiţional într-o serie de state avansate, saltul uriaş al industriei turistice, dezvoltarea explozivă a industriei bunurilor de consum, a televiziunii şi a mijloacelor de informaţie mass-media, a publicisticii de toate genurile, a industriei tipăriturilor, generalizarea învăţămîntului liceal, asaltul spre universităţi, implicit apariţia aşa-numitelor universităţi pentru adulţi, toate acestea sînt un rezultat direct sau indirect aj revoluţiei ştiinţifice şi tehnice actuale.

Printre efectele pozitive ale revoluţiei ştiinţifico-tehnice asupra relaţiei om—tehnică se cuvine să relevăm, pe cele cu caracter medico-sanitar şi umane şi îndeosebi pe acela care influenţează prin mecanisme automate microclimatul unor întreprinderi asigurind condiţii igienice de muncă prin menţinerea temperaturii adecvate, a unei bune aeraţii, atenuarea

Scanned with OKEN Scanner

zgomotului, iluminarea locului de muncă etc. Deşi are un caracter universal, internaţional, totuşi consecinţele sociale şi umane ale revoluţiei tehnico-ştiinţifice nu sînt identice în toate tipurile de organizare socială, de sisteme social-politice, după cum cunosc grade şi intensităţi diferite în raport cu nivelul de dezvoltare economică al unei ţări sau alteia etc.

Reprezentanţii curentului tehnocratic din sociologie disociază procesele revoluţiei tehnico-ştiinţifice de determinismul social-economic considerînd că acestea îşi au geneza în ele însele.

Fără a contesta progresele uriaşe înregistrate de ţările capitaliste dezvoltate pe plan tehnico-ştiinţific pe planul relaţiei om—tehnică, trebuie să subliniem însă că în ansamblul acestora datorită naturii sistemului social sînt numeroase aspecte de dezumanizare a forţei de muncă, de deteriorare a condiţiei umane, fapte de civilizaţie ce pot fi valorificate pozitiv în cîmpul umanului.

Cuceririle revoluţiei tehnico-ştiinţifice au adus numeroase facilităţi muncii omului dar producţia capitalistă automatizată şi mecanizată îl transformă, cum se exprimă un autor, pe omul întreg într-un om partial, executor al unei funcţii îngust specializate, ceea ce exercită o influenţă negativă asupra personalităţii omului şi a atitudinii sale, faţă de muncă.

Pe bună dreptate remarcă Marx că sub forma de maşină munca materializată se opune muncii vii pe care şi-o subordonează în mod activ în însăşi procesul real de producţie. „În societatea capitalistă — remarcă reputatul filozof Al. Tănase — omul este prins într-un asemenea angrenaj mistificator şi opresiv de relaţii de subordonare şi înstrăinare încît raporturile dintre oameni capătă în conştiinţa acestora forma denaturată a relaţiilor dintre lucruri".

Cu toate cuceririle de o valoare incomensurabilă în domeniul medicinii curative şi profilactice ceea ce s-a răsfrînt favorabil asupra omului, a stării lui de sănătate şi capacităţii de creaţie trebuie relevat şi faptul că revoluţia tehnico-ştiinţifică prin transformările ce le-a impus în domeniul producţiei industriale, a relaţiei dintre om şi maşină, etc., a determinat apariţia unor maladii noi, specifice epocii pe care o parcurgem: a) boli ale sistemului nervos central; c) boli cardio-vasculare; c) accidentele de muncă etc.

Numeroase cercetări sociologice relevă actualmente o creştere a numărului nevrozelor în mediul urban, îndeosebi în activitatea industrială, unde sistemul muncii la banda rulantă sau la tabloul de comandă solicită în mod excesiv sistemul nervos, efortul cerebral la care se adaugă monotonia muncii, imposibilitatea comunicării cu ceilalţi lucrători.

De asemenea, inactivitatea, sedentarismul şi condiţiile de viaţă din marile aglomeraţii urbane, aşa. numitele megapolisuri, determină extinderea îngrijorătoare a acestei maladii. Soluţia recomandată de specialişti în problemă este contopirea organică a muncii intelectuale cu cea fizică şi îmbinarea justă a activităţii cerebrale cu cea musculară. Aceasta s-a dovedit a fi o nevoie firească a omului, o condiţie a existenţei sale. Eforturile se cer îndreptate, de asemenea, spre concilierea nevoilor tehnologiei şi industrializării cu protecţia echilibrului elementar în care omul să-şi poată conserva sănătatea fizică şi morală şi care să asigure în acelaşi timp condiţii optime de existenţă.

La operatorii din întreprinderi automatizate aceşti factori stressanţi acţionează cu multă intensitate. Un cercetător englez Morris, menţionează şi influenţa activităţii sedentare în apariţia nevrozelor la operatorii telegrafişti de radio al căror număr a crescut considerabil azi.

Analizînd acest fenomen îngrijorător, cu numeroase implicaţii, Bastide, afirmă că nevrozele sînt susceptibile de o tratare sociologică în sensul amendării normelor, condiţiilor de muncă, a concepţiei despre om în sine în cadrul sistemului social. Un alt autor, From, exprimă o opinie exagerată, discutabilă, afirmînd că societatea capitalistă este condamnată la o nevrozare în masă deoarece modul de viaţă priveaza tendinţele nobile de realizare a omului, a capacităţii sale creatoare.

La rîndul său cunoscutul om de ştiinţă Albert Einstein abordînd problema nevrozelor ca maladie de masă a civilizaţiei contemporane o explică prin doi factori: 1) incertitudinea existenţei; 2) teama că va pieri într-un război nuclear.

Factorii neuropsihici provoacă, la rîndul lor apariţia unor afecţiuni cardio-vasculare îndeosebi coronariene.

Automatizarea şi cibernetizarea, utilizarea energiei atomice determină şi apariţia altor boli specifice de la accidente şi intoxicaţii pînă la bolile de iradiere şi de nutriţie. Cercetările recente au demonstrat că schimbarea rapidă a mediului înconjurător sub impactul revoluţiei ştiinţifice şi tehnice, mai exact a somajului tehnologic, solicită adeseori rezerva de energie a organismului uman, ceea ce duce la accelerarea metabolismului grăsimilor, efect care la rîndul său creează mari dificultăţi pentru unii diabetici.

O problemă care grevează asupra stării de sănătate a omului în condiţiile tehnicii contemporane este problema poluării chimice şi sonice cu repercusiuni treptate dar fatale. Deşi a format şi formează subiect de ample dezbateri în foruri guvernamentale decizionale, măsurile adoptate continuă să aibă un caracter paleativ, insuficient.

Pe planul medicinii, descoperirea unor noi medicamente, tratamente, tehnici superioare chirurgicale au influenţat favorabil asupra factorilor demografici, dar toate acestea creează în acelaşi timp noi probleme sociale ca: prelungirea capacităţii de muncă, folosirea oamenilor cît mai mult cu putinţă, dacă nu în aceeaşi profesie, într-alta mai corespunzătoare vîrstei etc.

În legătură cu relaţia om—tehnică, om—maşină, se întîlnesc în literatură diverse opinii de la cele tehnocratice care fetişizează rolul maşinilor, al tehnicii pînă la critici virulente antimaşiniste, pînă la teorii care tot astfel ca în epoca revoluţiilor industriale se pronunţă pentru respiritualizarea omului. Acest proces de respiritualizare a omului este văzut de Jean Fourastié ca o răsturnare radicală a raportului om—maşină, o modalitate de suprimare a înstrăinării omului de revitalizare a capacităţilor sale creatoare, a talentului şi aptitudinilor sale.

Experienţa universală arată că atunci cînd contribuţia omului este redusă la un nivel de participare aproape instinctiv, societatea are de pierdut atît în plan economico-social dar şi estetic etc., facilitînd invazia urîtului, a produselor inestetice.

Desigur toate acestea n-au nimic comun cu viziunile defetiste, cu negarea în ansamblu a cuceririlor tehnicii contemporane, cu viziunile antimaşiniste, cu teoriile criticiste în acest domeniu. Se cunoaşte care a fost pînă la urmă soarta primului raport al Clubului de la Roma. Proprii autori ai acestui document care a stîrnit atîta vîlvă şi-au reconsiderat radical opiniile în rapoartele ulterioare. Progresul tehnic reprezintă un fenomen ireversibil şi absolut indispensabil, util societăţii, iar sistarea sau limitarea lui ar fi o utopie, o iluzie dăunătoare.

Ceea ce se degajă din analiza particularităţilor de manifestare a revoluţiei ştinţifice şi tehnice contemporane este necesitatea corelării progresului tehnic cu măsuri menite să umanizeze relaţia om—tehnică, să creeze condiţii optime dezvoltării omului ca scop în sine, ca valoare supremă a societăţii, principiu care şi-a găsit consacrare totală în condiţiile socialismului.

The present paper deals with an older idea of the authors', about the positive implications into the human civilization of the continuous perfection of the production means and of those by which man acts

Scanned with OKEN Scanner

upon nature in order to subdue it to his purpose.

The first part is a retrospective analysis of the relation Man-Tehnique where the continuous quality of Man as Homo-Faber is revealed.

The relation Man-Tehnique is amply analysed under conditions of the industrial revolution, and then within the contemporary technical-scientifical revolution, pointing out the huge implications of the latter into the human conditions, and the development and civilization level of the society, as well as the limits, aspects of dehumanization, generated within the relation Man—Technique, in kelping with the type of social system.

The authors underline both the positive consequences and the negative ones in medicine, especially in the psychic health, caused by the contemporary technical-scientifical revolution.

Rejecting the defetist views, as well as the antimachinist and criticist conceptions about the technical progress, the first report of Rome's Club included, the autors show its legical, objective, necessary and irreversible character, its major significance for the civilization of mankind, on the condition that it should be continuously accompanied by humanizing measures, acording to the role and place of man in the process of material production to consider Him the supreme value and purpose of the society.

CONCLUZIILE SESIUNII

În zilele de 14 şi 15 octombrie 1977 s-au desfăşurat la Cîmpulung Moldovenesc lucrările Sesiunii ştiinţifice interdisciplinare privind problematica *Adaptării şi integrării în mediul industrial*, organizată de Spitalul clinic de psihiatrie „Socola" — Iaşi şi Consiliul popular al oraşului Cîmpulung Moldovenesc sub egida Ministerului sănătăţii şi a Biroului regional OMS pentru Europa. Sesiunea a reunit în echipă de lucru psihiatri şi igienişti, psihologi, sociologi şi ergonomişti, directori şi medici de întreprinderi, economişti jurişti, activişti-social-obşteşti. Sesiunea a întrunit peste 160 comunicări şi o amplă dezbatere a problematicii care s-a desfăşurat în trei auditorii.

Rapoartele, comunicările şi discuţiile purtate au subliniat semnificaţia problematicii sănătăţii mintale în politica sanitară, ce cointeresează totalitatea instituţiilor şi organismelor comunitare în prevenirea cauzelor de risc adaptativ instructiv-educativ şi social-profesional, cît şi în asigurarea unei integrări corespunzătoare pentru fiecare situaţie de handicap luată în parte.

S-a subliniat, de asemenea, că în concordanţă cu progresul economic, cultural şi sanitar, în ultimele două decenii s-au produs mutaţii semnificative în epidemiologia psihiatrică în sensul dispariţiei, scăderii sau stabilizării unor boli mintale grave, concomitent cu creşterea solicitărilor de asistenţă pentru tulburări de limită reunite sub denumirea metaforică de boală a civilizaţiei (dizarmonii ale personalităţii, onirofilii, psihosindroamele vîrstei înaintate etc.).

Din aceste constatări se desprinde importanţa prospectivă a studiilor ecologo-epidemiologice privind incidenţa şi dinamica bolilor psihice desfăşurate pe un interval de timp suficient ca întindere, pe o populaţie reprezentativă şi în corelaţie cu dinamica social-demografică la un moment dat, concomitent cu instituirea unor acţiuni şi metodologii interdisciplinare de profilaxie primară, secundară şi terţiară tridimensional elaborate.

În acest scop, asistenţa psihiatrică extraspitalicească, în unitate funcţională de echipă unică cu spitalul sau secţia de profil judeţean, presupune existenţa L.S.M. cu o spaţializare diferenţiată corespunzător prestaţiilor ce-i revin, respectiv staţionare de zi (şi eventual de noapte) pentru copii şi adulţi, iar în centrele universitare pentru studenţi, cu o schemă adecvată de încadrare cu personalul necesar şi în raport de populaţia deservită.

Întrucît L.S.M. comportă relaţii interdepartamentale de lucru, apare necesară colaborarea nemijlocită cu următoarele instituţii :

Direcţia sanitară, Inspecţia sanitară de stat, Institutul de igienă, Policlinicile, Inspectoratul şcolar, Direcţia pentru probleme de muncă şi ocrotiri sociale, Procuratura, Miliţia, Medicina legală, Autoritatea tutelară, Comisia de minori, Centrele militare judeţene etc.

Se consideră că instituţiile menţionate pot realiza în cadrul fiecărui judeţ — prin intermediul L.S.M. — comisii interdepartamentale sub egida Consiliilor populare judeţene, cu putere de decizie pentru transpunerea în acţiune a planului pe termen lung privind asistenţa bolilor psihice şi dezvoltarea apărării sănătăţii mintale elaborat de Ministerul Sănătăţii în decembrie 1971 şi reactualizat de Consiliul sanitar superior în noiembrie 1976.

1.0 — În această ordine de idei apare în prim-plan demografic prioritatea următoarelor acţiuni profilactico-curative la populaţia infanto-juvenilă :

1.1 — recuperarea precoce a copilului cu handicap neuromotor, senzorial sau psihic prin instituţionalizare diferenţiată intra- şi extra-spitalicească ;

1.2 — orientarea copiilor provenind din familii cu influenţă nocivă manifestă asupra personalităţii lor în şcoli cu internat sau semi-internat ;

1.3 — intensificarea acţiunilor de orientare profesională corectă în raport de structura personalităţii şi corijare educativă a familiilor hiperprotective faţă de activitatea productivă propriu-zisă ;

1.4 — crearea grupelor de stimulare psihopedagogică pentru copilul preşcolar şi şcolar mic cu risc instructiv-educativ, asigurîndu-se concomitent spaţiul de repaos şi eventualele corijări nutriţionale ;

1.5 — instituirea şi dezvoltarea acţiunilor de psihoterapie a familiei în cazul adolescenţilor cu risc sau eşec adaptativ instructiv-educativ sau socio-profesional ;

1.6 — crearea claselor şcolare cu profil recuperator şi încadrarea lor cu personalul didactic necesar în secţiile de pedopsihiatrie acuţi şi îndeosebi în secţiile de copii afectaţi de boli neuro-psihice cu evoluţie prelungită ;

1.7 — îndrumarea metodologică psihiatrică a şcolilor ajutătoare pentru deficienţi mintali şi a şcolilor de copii cu handicap neuromotor sau senzorial ;

2.0 — Referitor la măsurile de profilaxie primară în mediul industrial :

2.1 — intensificarea acţiunilor de mică mecanizare, îndeosebi în întreprinderile unde predomină sexul feminin ;

2.2 — intensificarea măsurilor protective şi de reducere a factorilor poluanţi prin respectarea şi aplicarea cu fermitate a normelor legale de protecţie a muncii ;

2.3 — dezvoltarea măsurilor ergonomice prin optimizarea relaţiilor om—maşină—mediu fizic şi relaţii psihologice de microgrup în acţiune ;

2.4 — realizarea de sectoare cu profil ergonomic recuperator diferenţiat pentru angajaţii cu situaţii de handicap dezadaptativ, parţial sau tranzitoriu, corespunzător experienţei pozitive obţinute de L.S.M. Iaşi şi L.S.M. Bucureşti ;

2.5 — instituirea şi promovarea unor largi acţiuni educative în sensul perfecţionării interrelaţiilor mode-

Scanned with OKEN Scanner

lator-formative de microgrup pentru dezvoltarea armonică a personalităţii şi promovarea propriei stări de sănătate, cunoscut fiind că prin intermediul microgrupului în acţiune se întregeşte statutul şi rolul socio-profesional al fiecărei persoane în parte ;

2.6 — intensificarea acţiunilor socio-economice şi cultural-educative de reducere a consumului abuziv de băuturi alcoolice şi a modului nerațional de folosire a timpului liber ;

2.7 — organizarea în cadrul instituţiilor şi întreprinderilor a pauzelor de relaxare prin intermediul gimnasticii sau altor proceduri compensatorii ;

2.8 — igiena mintală face parte integrantă din acţiunile de ansamblu privind promovarea şi apărarea sănătăţii populaţiei. În acest scop Institutul de igienă are un rol de prim ordin în elaborarea criteriilor metodologice de lucru pe întregul palier demografic şi al igienei muncii.

3.0 — Referitor la rolul modelator al spitalelor universitare de psihiatrie :

3.1. — dată fiind amploarea acţiunilor de sănătate mintală, apare ca necesară şi pe deplin posibilă dezvoltarea în centrele universitare sau în centrele cu spitale mari de psihiatrie a Serviciilor psihosociale care să încorporeze şi să amplifice sarcinile L.S.M. în condiţiile folosirii nerestrictive a personalului necesar pentru acţiunile profilactico-curative extraspitaliceşti, pe structura reţelei unice de funcţionare reglementată prin ordinul Ministerului sănătăţii nr. 86/1974, inclusiv în asigurarea funcţionalităţii staţionarelor (serviciilor) de zi sau de noapte ;

3.2 — în vederea unei mai rapide şi mai durabile reabilitări a unor bolnavi afectaţi de psihosindroame desadaptative, se impune ca o necesitate terapeutică realizarea unor unităţi spitiliceşti cu profil recuperator sub îndrumarea centrelor universitare în anumite localităţi balneo-climaterice de convergenţă teritorială, aşa cum ar fi, de exemplu, Vatra Dornei, Cîmpulung sau Slănic pentru Moldova ;

3.3 — elaborarea unei metodologii corespunzătoare referitoare la stadiul factorilor de risc privind adaptarea şi integrarea instructiv-eductivă şi socio-profesională, cît şi a măsurilor bio-psiho-sociale necesare preîntîmpinării şi corectării acestora ;

3.4 — integrarea spitalelor universitare de psihiatrie — care impun laboratoare corespunzător dotate cu aparatura necesară investigaţiilor complexe paraclinice şi viscero-umorale — cu disciplinele de biochimie, fiziologie, farmacologie, fiziopatologie şi sectoarele de cercetare din întreprinderile de medicamente, în vederea realizării de produse psihotrope adecvate ;

3.5 — prevederea spitalelor universitare cu sectoare de terapie intensivă ;

3.6 — recrutarea viitorilor medici secundari în psihiatrie după o prealabilă cunoaştere şi respectiv recomandare a lor de către facultăţile pe care le-au absolvit şi a direcţiilor sanitare din teritoriul unde au lucrat, în vederea evitării încadrării cu persoane necorespunzătoare exigenţelor muncii din sectorul psihiatric ;

3.7 — în vederea cointeresării interdisciplinare a omnipracticienilor la problemele sănătăţii mintale prin intermediul coordonator al centrelor universitare şi a secţiilor judeţene de profil, apare ca necesară orientarea aplicativă a învăţămîntului psihiatric al studenţilor pe structura practicii medicinei generale ;

3.8 — concomitent cu orientarea aplicativă a învăţămîntului psihiatric pe practica medicinii generale se impune cu necesitate să se renunţe la împărţirea arbitrară a spitalului universitar propriu-zis în secţii clinice şi neclinice, împărţire care rigidizează funcţionalitatea acestor unităţi sanitare de vîrf.

4.0 — În ce priveşte asistenţa bolnavilor cu evoluţie îndelungată şi respectiv profilaxia terţiară :

4.1 — în cazul bolnavilor cu evoluţie prelungită — care includ şi un eventual potenţial de periculozitate în măsura în care boala lor este ignorată sau ei se află în situaţii de abandon medico-social — formula cea mai potrivită pare a fi, în condiţiile actuale, unitatea spitalicească optimizată, cu un număr de aproximativ 600 paturi pentru fiecare judeţ în parte, respectiv cu circuite diferenţiate pentru adulţi şi copii, de ambele sexe, şi un sector limitat pentru bolnavi acuţi, unităţile respective fiind prevăzute cu sector propriu agro-zootehnic şi ateliere de ergoterapie, corespunzător prevederilor H.C.M. nr. 2210/1970 ;

4.2 — îndrumarea metodologică de către centrele de psihiatrie a reţelei de asistenţă socială a bolnavilor psihici aflaţi în instituţiile patronate de Ministerul muncii, corespunzător unui acord perfectat între ministerele de resort ;

4.3 — organizarea şi dezvoltarea activităţilor de psihoterapie integratoare prin ergoterapie remunerată şi socioterapie compensatorie în toate unităţile de profil, inclusiv unităţile Ministerului muncii, concomitent cu reglementarea unei atitudini mai suple financiare în uilizarea beneficiilor realizate pentru dezvoltarea tuturor laturilor de asistenţă umanizată a bolnavului psihic ;

4.4 — punerea în discuţie, de lege ferenda, a încadrării protective medico-sociale în sectorul cooperatist şi respectiv în cooperativele de invalizi a unor bolnavi psihici cu evoluţie îndelungată şi inserţie familială deficitară ca şi a unor absolvenţi ai şcolilor de deficienţi mintali şi dezvoltarea prin intermediul sectorului cooperatist a activităţilor productive la domiciliu sub îndrumarea L.S.M. ;

4.5 — studierea formulei ajutorului social diferenţiat pentru familiile ce asistă direct bolnavi mintali cu evoluţie îndelungată ;

4.6 — organizarea activităţilor de psiho- şi socio-terapie integratoare prin intermediul L.S.M. în instituţiile de asistenţă a persoanelor înaintate în vîrstă din reţeaua Ministerului Sănătăţii şi a Ministerului Muncii ;

4.7 — dezvoltarea acţiunilor de ergoterapie necesită cadre medii diferenţiate în acest scop, instruite prin cursuri de specializare după o programă judicios elaborată.

Luînd în considerare semnificaţia teoretică şi aplicativă a Sesiunii, participanţii au subliniat necesitatea dezvoltării în continuare a ciclului de simpozioane privind sănătatea mintală şi psihiatria socială, corespunzător planului pe termen lung a Ministerului Sănătăţii, acţiuni ştiinţifice realizate după aceeaşi metodologie interdisciplinară de lucru.

SESION CONCLUSIONS

On 14 and 15 October 1977 it was held in Cîmpulung Molodovenesc the scientific session regarding the Adaptation and Integration in the Industrial Environment organized by „Socola" Hospital Iaşi and the Popular Council of the town Cîmpulung Moldovenesc, sponsored by the Ministry of Health and Regional Bureau for Europe of WHO. The session reunited in a working team psychiatrists, hygienists, psychologists, sociologists, ergonomists, directors and physicians of various industrial enterprises, economists and lawyers, social and communitary officers. The session was formed of 160 papers followed by an ample debating session which occured into three auditoria. In the end the moderators presented a synthesis of the discussions in each of the three auditoria on which basis the general conclusions of the session have been established.

The papers, communications and the discussions underlined the significance of the problems of mental health in the sanitary policy which is of interest for all institutions and communitary organizations in the prevention of the causes of instructive-educative and socio-professional adaptative risk as well as the pro-

Scanned with OKEN Scanner

vision of a corresponding integration for every situation of handiccap.

It was also underlined the fact that in accordance with the economic, cultural and sanitary progress in the last two decades occured significant mutations in the psychiatric epidemiology in the meaning of the disappearance, decrease and stabilization of some severe mental diseases concomitantly with the increase of the solicitations for care delivery for limit disorders known under the metaphoric name of disease of civilization (disharmonies of personality, onirophilies, psycho-syndromes of senescence etc.).

Out of these results it emerges the prospective importance of ecologo-epidemiological studies regarding the incidence and the dynamics of psychic diseases which occur in an interval sufficiently long for a representative population and in correlation with socio-demographic dynamics at a certain moment, concomitantly with the establishment of interdisciplinary actions and methodology of primary secondary and tertiary prophilaxy tri-dimensionally elaborated.

In this scope, the extra muros psychiatric care delivery in functional unity of unic team with the hospital or section of county profile supposes the existence of MHL with a differenciated space corresponding to its services, that is: day (eventually night) stationaries for children and adults, and in the university centres for students with adequate staffing corresponding to the number of the population.

Since MHL has interdepartamental working relations it appears as a necessity the direct collaboration with the following institutions: Sanitary Council, Sanitary State Inspectorate, Institute for Hygiene, Policlinics, School Inspectorate, The Council for Labour Problems and Social Protection, Militia, Forensic Institute, Ministry of Health and Commission for Underaged.

It is considered that the above mentioned institutions may achieve within the limits of each county — through MHL — interdepartamental commissions sponsored by County Popular Councils with power of decission for the application in practice of the long-term plan concerning the care delivery for psychic diseases and the development of mental health protection elaborated by the Ministry of Health in December 1971 and made actual by the Superior Sanitary Council in November 1976.

1.0 — In this respect in the first demographic plan it appears the priority of the following prophilactic-curative actions in the infant-juvenile population;

1.1 — initial recuperation of the neuro-motor, sensorial or psychic handiccapped child by differenciated intra- and extra-hospital institution;

1.2 — orientation of children coming from families with noxious influence manifested on their personalities to boarding or semi-boarding schools;

1.3 — intensification of the actions of correct professional orientation in accordance with the structure of personality and educative correction of families hiper-protective towards productive activity;

1.4 — creation of groups of psycho-pedagogic stimulation for preschool children and primary school children with instructive-educative adaptative risk, providing rest space and eventual nutritional adjustment;

1.5 — institution and development of actions of psychotherapy for families in the case of adolescents with instructive-educative or socio-professional adaptative risk of failure;

1.6 — creation of classes with recuperatory profile and necessary staffing in the sections with acute pedo-psychiatry and especially in the sections with children affected by neuro-psychic diseases with long-term evolution;

1.7 — psychiatric methodologic orientation of the schools for neuro-motor or sensorial handiccapped children.

2.0 — Regarding the measures of primary prophilaxy in the industrial environment:

2.1 — intensification of actions of small mechanization especially in the industries where females are predominant;

2.2 — intensification of protective measures to reduce poluting factors by obeying and applying the legal norms of work protection;

2.3 — development of ergonomic measures through the improvement of the relation man-machine-environment and of microgroup psychological relations in action;

2.4 — achievement of section with differenciated recuperatory ergonomic profile for the workers with dezadaptative handiccap both partial and transitory corresponding to the positive experience obtained by MHL of Bucharest and Iasi;

2.5 — institution and promotion of large educative actions aimed to improve microgroup formative interrelations for harmonious development of personality and the promotion of the state of health;

2.6 — intensifying socio-economic and cultural-educative actions to reduce the abusive consumption of alcoholic drinks and to improve the way of using free time;

2.7 — organization within institutions and enterprises of relaxation breaks through gymnastics or other compensatory means;

2.8 — mental hygiene is integrative part of the actions regarding the prevention and promotion of population's health. In this respect the Institutions for Hygiene play an important role in elaboration of methodologic criteria of work for the whole demographic level and the elaboration of work hygiene;

3.0 — Refering to the moduling role of the university psychiatric hospitals:

3.1 — taking into account the ampleness of the actions for mental health, it appears necessary and fully possible the development in university centres or in places with large hospitals of psychiatry of psycho-social services able to integrate and amplify the tasks of MHL under the conditions of unrestrictive use of the necessary staff for the extra-hospital prophilactic-curative actions, on the structure of the unique network regulated through the order of the Ministry of Health nr. 86/1974, including the functioning of the day and night services;

3.2 — in view of a more rapid and durable rehabilitation of certain patients affected with dezadaptative psycho-syndromes it is necessary therapeutically the achievement of some hospital services with recuperatory profile under the control of university centres in certain resorts of territorial convergency, as for example Vatra Dornei, Cîmpulung or Slanic Moldova;

3.3 — elaboration of a corresponding methodology regarding the study of the risk factors in the instructive-educative and socio-professional adaptation and integration as well as of the bio-psycho-social measures necessary to prevent and correct them;

3.4 — integration of psychiatric hospitals — which have correspondingly endowed laboratories with aparata necessary for complex para-clinic and viscero-humoral investigations — with the disciplines of biochemistry, physiology, pharmacology, physiopathology and the research sections in the enterprieses for for medicines in view of achieving adequate psychothrope products;

3.5 — endowment of university hospitals with sections of intensive therapy;

3.6 — recruitment of secondary psychiatrists after a previous recommendation of them by the faculties they come from and by the sanitary councils of the territory they had worked in view of avoiding the

Scanned with OKEN Scanner

integration of the staff which does not correspond to the exigences of psychiatry ;

3.7 — in view of a common interest of omni-practitioners for the problems of mental health under the coordination of university centres and profiled county sections it is necessary an applicative orientation of the psychiatric training of the students on the structure of the practical training of general medicine ;

3.8 — concomitantly with applicative orientation of psychiatric training it is necessary to give up the arbitrary division of the university hospital in clinic and non-clinic sections, division that stiffens the functionality of these peak sanitary services.

4.0 — Regarding the care delivery for long-term patients and the tertiary prophilaxy :

4.1 — for the patients with long-term evolution — who include also a potential of danger in case their disease is neglected or ignored or they are in situations of medico-social abandon — the best formula appears to be, in the present conditions, the optimized hospital service with a number of about 600 beds for each county with differentiated services for adults and children of both sexes, and a limited section for acute patients ; these services must be provided with an agro-zootechnic section and ergotherapy workshops corresponding to the provisions of the MCD nr. 2210/1970 ;

4.2 — methodologic orientation by the psychiatric centres of the network of social care delivery of the psychic patients in the institutions sponsored by the Ministry of Labour corresponding to an agreement between the respective ministries ;

4.3 — organization and development of the integratory psychotherapic activities by remmunerated ergotherapy and compensatory socio-therapy in all profiled services, including the services sponsored by the Ministry of Labour, concomitantly with the settlement of a more subtle financial attitude in using the profits achieved for the development of all sides of humanized care delivery for the psychic patient ;

4.4 — discussion — by lege ferenda — of medico-social protective integration in co-operatist section and, respectively in co-operatives for disabled people of the psychic patients with long-term evolution and family insertion ; the same for the graduates of schools for mentally defficient children and the development by means of the co-operatist section of productive activities at their homes under the control of MHL ;

4.5 — study of the formula of differenciated social aid for the families that take care of patients with a long-term evolution ;

4.6 — organization of psycho- and socio-integratory therapy by MHL in the institutions of care delivery for senescent people in the network of the Ministry of Health and the Ministry of Labour ;

4.7 — development of ergotherapic actions needs differenciated medium staff trained by specializing courses according to a well established programme.

Taking into account the theoretic and applicative significance of the present Session the participants underlined he necessity of further development of the cycle of symposiums regarding mental health and social psychiatry corresponding to the long-term plan of the Ministry of Health scientific actions achieved according to the same working interdisciplinary methodology.

Scanned with OKEN Scanner

Apărut 1978. Format 61×86/8. Coli tipar 35.
Bun de tipar 18.IX.1978.

Tiparul executat la Întreprinderea Poligrafică Bacău. Str. Eliberării nr. 63, sub comanda nr. 5204/978

Scanned with OKEN Scanner